



Strukturierter Qualitätsbericht 2024

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



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	14
	Einleitung	15
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	16
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	16
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	16
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	16
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	18
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	18
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	19
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	21
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	22
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	22
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	22
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	23
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	23
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	24
A-9	Anzahl der Betten	24
A-10	Gesamtfallzahlen	24
A-11	Personal des Krankenhauses	24
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	24
A-11.2	Pflegepersonal	25
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	26
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	26

A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	27
A-12.1	Qualitätsmanagement	27
A-12.1.1	Verantwortliche Person	27
A-12.1.2	Lenkungsgrremium	27
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	28
A-12.2.1	Verantwortliche Person	28
A-12.2.2	Lenkungsgrremium	28
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	28
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	29
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	30
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	30
A-12.3.1	Hygienepersonal	30
A-12.3.1.1	Hygienekommission	31
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	31
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	31
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	32
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	32
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	33
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	33
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	34
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	35
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	35
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	35
A-12.5.2	Verantwortliche Person	36
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	36

A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	36
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	37
A-13	Besondere apparative Ausstattung	37
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	38
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	38
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	38
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	38
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	38
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	39
B-[1500-02]	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	39
B-[1500-02].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	39
B-[1500-02].1.1	Fachabteilungsschlüssel	39
B-[1500-02].1.2	Ärztliche Leitung	40
B-[1500-02].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[1500-02].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	40
B-[1500-02].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[1500-02].6	Hauptdiagnosen nach ICD	42
B-[1500-02].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	43
B-[1500-02].6.2	Kompetenzdiagnosen	43
B-[1500-02].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-[1500-02].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	45
B-[1500-02].7.2	Kompetenzprozeduren	46
B-[1500-02].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	46
B-[1500-02].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	46
B-[1500-02].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	46

B-[1500-02].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	46
B-[1500-02].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	46
B-[1500-02].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	46
B-[1500-02].11	Personelle Ausstattung	47
B-[1500-02].11.1	Ärzte und Ärztinnen	47
B-[1500-02].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	47
B-[1500-02].11.1.2	Zusatzweiterbildung	47
B-[1500-02].11.2	Pflegepersonal	48
B-[1500-02].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	48
B-[1500-02].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	48
B-[1500-02].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	48
B-[2400-02]	Klinik für Gynäkologie und Senologie	49
B-[2400-02].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	49
B-[2400-02].1.1	Fachabteilungsschlüssel	49
B-[2400-02].1.2	Ärztliche Leitung	49
B-[2400-02].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	49
B-[2400-02].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	50
B-[2400-02].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[2400-02].6	Hauptdiagnosen nach ICD	51
B-[2400-02].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	52
B-[2400-02].6.2	Kompetenzdiagnosen	52
B-[2400-02].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	53
B-[2400-02].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	54
B-[2400-02].7.2	Kompetenzprozeduren	54
B-[2400-02].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	55

B-[2400-02].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	55
B-[2400-02].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	55
B-[2400-02].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	56
B-[2400-02].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	57
B-[2400-02].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	57
B-[2400-02].11	Personelle Ausstattung	58
B-[2400-02].11.1	Ärzte und Ärztinnen	58
B-[2400-02].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	58
B-[2400-02].11.1.2	Zusatzweiterbildung	58
B-[2400-02].11.2	Pflegepersonal	59
B-[2400-02].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	59
B-[2400-02].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	59
B-[2400-02].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	59
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3600-02]	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	60
B-[3600-02].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[3600-02].1.1	Fachabteilungsschlüssel	60
B-[3600-02].1.2	Ärztliche Leitung	60
B-[3600-02].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	60
B-[3600-02].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	61
B-[3600-02].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	63
B-[3600-02].6	Hauptdiagnosen nach ICD	64
B-[3600-02].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	65
B-[3600-02].6.2	Kompetenzdiagnosen	65
B-[3600-02].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	66
B-[3600-02].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	67

B-[3600-02].7.2	Kompetenzprozeduren	68
B-[3600-02].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	68
B-[3600-02].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	68
B-[3600-02].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	68
B-[3600-02].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	68
B-[3600-02].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	68
B-[3600-02].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	68
B-[3600-02].11	Personelle Ausstattung	68
B-[3600-02].11.1	Ärzte und Ärztinnen	68
B-[3600-02].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	68
B-[3600-02].11.1.2	Zusatzweiterbildung	69
B-[3600-02].11.2	Pflegepersonal	69
B-[3600-02].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	69
B-[3600-02].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	69
B-[3600-02].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	69
B-[0100-SMD-GASTRO]	Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie, Hepatologie, Proktologie, Infektologie und Hämato- Onkologie	70
B-[0100-SMD-GASTRO].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	70
B-[0100-SMD-GASTRO].1.1	Fachabteilungsschlüssel	70
B-[0100-SMD-GASTRO].1.2	Ärztliche Leitung	70
B-[0100-SMD-GASTRO].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	70
B-[0100-SMD-GASTRO].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	71
B-[0100-SMD-GASTRO].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	71
B-[0100-SMD-GASTRO].6	Hauptdiagnosen nach ICD	72

B-[0100-SMD-GASTRO].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	73
B-[0100-SMD-GASTRO].6.2	Kompetenzdiagnosen	73
B-[0100-SMD-GASTRO].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	74
B-[0100-SMD-GASTRO].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	75
B-[0100-SMD-GASTRO].7.2	Kompetenzprozeduren	75
B-[0100-SMD-GASTRO].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	76
B-[0100-SMD-GASTRO].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	76
B-[0100-SMD-GASTRO].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	76
B-[0100-SMD-GASTRO].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	77
B-[0100-SMD-GASTRO].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	77
B-[0100-SMD-GASTRO].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	77
B-[0100-SMD-GASTRO].11	Personelle Ausstattung	78
B-[0100-SMD-GASTRO].11.1	Ärzte und Ärztinnen	78
B-[0100-SMD-GASTRO].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	78
B-[0100-SMD-GASTRO].11.1.2	Zusatzweiterbildung	78
B-[0100-SMD-GASTRO].11.2	Pflegepersonal	79
B-[0100-SMD-GASTRO].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	79
B-[0100-SMD-GASTRO].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	79
B-[0100-SMD-GASTRO].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	79
B-[0100-02]	Klinik für Innere Medizin - Kardiologie	80
B-[0100-02].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	80
B-[0100-02].1.1	Fachabteilungsschlüssel	80
B-[0100-02].1.2	Ärztliche Leitung	80

B-[0100-02].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	81
B-[0100-02].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	81
B-[0100-02].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[0100-02].6	Hauptdiagnosen nach ICD	82
B-[0100-02].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	83
B-[0100-02].6.2	Kompetenzdiagnosen	84
B-[0100-02].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	84
B-[0100-02].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	85
B-[0100-02].7.2	Kompetenzprozeduren	86
B-[0100-02].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	86
B-[0100-02].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	86
B-[0100-02].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	86
B-[0100-02].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	86
B-[0100-02].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	86
B-[0100-02].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-[0100-02].11	Personelle Ausstattung	87
B-[0100-02].11.1	Ärzte und Ärztinnen	87
B-[0100-02].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	87
B-[0100-02].11.1.2	Zusatzweiterbildung	87
B-[0100-02].11.2	Pflegepersonal	88
B-[0100-02].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	89
B-[0100-02].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	89
B-[0100-02].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	89
B-[0100]	Allgemeine Innere	90
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	90

B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	90
B-[0100].1.2	Ärztliche Leitung	90
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	90
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	90
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	90
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	91
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	92
B-[0100].6.2	Kompetenzdiagnosen	92
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	94
B-[0100].7.2	Kompetenzprozeduren	95
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	95
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	95
B-[0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	95
B-[0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	95
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	95
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-[0100].11	Personelle Ausstattung	96
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	96
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	96
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	96
B-[0100].11.2	Pflegepersonal	96
B-[0100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	96
B-[0100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	96
B-[0100].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	96

B-[1600-02]	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie	.....	97
B-[1600-02].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	97
B-[1600-02].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	97
B-[1600-02].1.2	Ärztliche Leitung	.....	97
B-[1600-02].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	97
B-[1600-02].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	98
B-[1600-02].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	99
B-[1600-02].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	99
B-[1600-02].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	100
B-[1600-02].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	101
B-[1600-02].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	101
B-[1600-02].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	102
B-[1600-02].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	103
B-[1600-02].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	103
B-[1600-02].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	103
B-[1600-02].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	103
B-[1600-02].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	104
B-[1600-02].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	105
B-[1600-02].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	105
B-[1600-02].11	Personelle Ausstattung	.....	106
B-[1600-02].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	106
B-[1600-02].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	106
B-[1600-02].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	106
B-[1600-02].11.2	Pflegepersonal	.....	106
B-[1600-02].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	107

B-[1600-02].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	107
B-[1600-02].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	107
C	Qualitätssicherung		108
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	108
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	.....	108
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung		110
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen		110
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	204
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	204
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	204
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	204
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	204
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr		204
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	205
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	.....	205
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	.....	205
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	206
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im	.....	206

Berichtsjahr

C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	206
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	207
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	207
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	208

Vorwort

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

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

Wir betreiben Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen für Senior*innen, Medizinische Versorgungszentren, Ambulante Gesundheitszentren und Ambulante Pflegedienste mit rund 2.500 Betten und Plätzen und beschäftigen circa 4.900 Mitarbeiter*innen.

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

Einleitung

Unser KMG Klinikum Sömmerda ist ein modernes Krankenhaus im Land Thüringen und verfügt über 163 Betten und 7 Fachabteilungen. Jährlich werden hier knapp 7.100 Patienten stationär behandelt und über 20.200 ambulant. Das Klinikum ist mit Medizintechnik der neuesten Generation wie MRT (im Verbund) und CT ausgestattet. Hoch qualifizierte Ärzt*innen, Pflegekräfte und Therapeut*innen kümmern sich mit großer Zuwendung um die Gesundheit und das Wohl der Patient*innen.

Das KMG Klinikum Sömmerda erhält ein neues Gesicht. Entstehen wird ein Neubau mit modernster Intensivpflegestation und einer zusätzlichen Pflegestation zur bequemen Unterbringung und Versorgung der Patient*innen. Darüber hinaus werden ein neuer Haupteingang inklusive barrierearmen und bedarfsgerechteren Klinik- und Wirtschaftszufahrten entstehen sowie mehr Parkplätze für Gäste und Patient*innen und eine großzügig angelegte Cafeteria. In den Jahren 2022 bis 2024 wurden Bauvorbereitungen getroffen, Interimsmaßnahmen geschaffen, ein neues Verwaltungsgebäude errichtet und die radiologische Abteilung neugebaut. In diesem Zuge wurden auch ein neuer Computertomograf (CT) und ein Magnetresonanztomograf (MRT) installiert. Der Neubau wird voraussichtlich Ende 2026 abgeschlossen sein.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dirk Klebingat
Telefon	03634 52 1454
Fax	03634 52 1228
E-Mail	d.klebingat@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

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

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-soemmerda/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-soemmerda/

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Klinikum Sömmerda
PLZ	99610
Ort	Sömmerda
Straße	Bahnhofstrasse
Hausnummer	36
IK-Nummer	261601145
Standort-Nummer	773338000
Telefon-Vorwahl	03634
Telefon	520
E-Mail	soemmerda@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-soemmerda/

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

KMG Klinikum Sömmerda

PLZ	99610
Ort	Sömmerda
Straße	Bahnhofstraße
Hausnummer	36
IK-Nummer	261601145
Standort-Nummer	773338000
Standort-URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-soemmerda-klinikum/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Regionalgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dirk Klebingat
Telefon	03634 52 1454
Fax	03634 52 1228
E-Mail	d.klebingat@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dirk Klebingat
Telefon	03634 52 1454
Fax	03634 52 1228
E-Mail	d.klebingat@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Franziska Becker
Telefon	03632 67 1171

Fax	03632 67 1016
E-Mail	f.becker@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

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

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Katrin Fischer
Telefon	03632 67 511201
Fax	03632 67 1201
E-Mail	katrin.fischer@kmg-kliniken.de

Leitung des Standorts

KMG Klinikum Sömmerda - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dirk Klebingat
Telefon	03634 52 1454
Fax	03634 52 1228
E-Mail	d.klebingat@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Sömmerda - Ärztliche Leitung

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

KMG Klinikum Sömmerda - Pflegedienstleitung

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

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers

KMG Klinikum Thüringen Brandenburg GmbH

Träger-Art

privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Friedrich-Schiller-Universität Jena

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
Unser Sozialdienst berät Angehörige in allen Fragen der Entlassung, Weiterbehandlung und Brückenpflege.
MP04 - Atemgymnastik/-therapie
- 2 *Die Atemtherapie wird bei Erkrankungen und Funktionsstörungen der Lunge und des Stimmapparates angewendet. Sie wird in unserem Krankenhaus im Rahmen der perioperativen Patientenbetreuung von der Abteilung für Physiotherapie angeboten.*
MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
- 3 *Im Bereich der speziellen Leistungsangebote zur Betreuung von Säuglingen bietet das Team der Gynäkologie und Geburtshilfe eine Betreuung der Wöchnerinnen im häuslichen Bereich an. Dieses Angebot entfällt zum 01.07.2023.*
MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
- 4 *Trauerbegleitung*
MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
- 5 *Ist ein bewährtes bewegungstherapeutisches Behandlungskonzept für Menschen mit motorischen Beeinträchtigungen aufgrund neurologischer Funktionsstörungen. Zugelassene Therapeuten ermöglichen eine fundierte Behandlung von Kindern und Erwachsenen.*
MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 6 *Ist die rechtzeitige Planung und Organisation der Entlassung aus dem Krankenhaus (Zusammenarbeit: Ärzte, Pflegedienst, Sozialdienst). Durch eine frühzeitige Bestimmung des individuellen Pflegebedarfs wird ermöglicht, notwendige Maßnahmen bereits während des Krankenhausaufenthaltes einzuleiten.*
MP21 - Kinästhetik
- 7 *Die Kinästhetik ist ein Handlungskonzept, mit der die Bewegung von Patienten schonend unterstützt wird (z.B. ohne Heben und Tragen). Mit ihrer Hilfe soll die Motivation des Pflegebedürftigen durch die Kommunikation über Berührung und Bewegung deutlich verbessert werden.*
MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 8 *Dies ist eine Behandlungsmaßnahme der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe. Darüber hinaus besteht eine Spezialambulanz zur Behandlung von Harn- und Stuhlinkontinenz in der Viszeralchirurgie für operative und konservative Therapieverfahren.*
MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 9 *Die manuelle Lymphdrainage dient dazu, angestaute Flüssigkeit im Gewebe zum Abfluss anzuregen und gleichzeitig zu verhindern, dass mehr Flüssigkeit hineinströmt.*
MP25 - Massage
- 10 *Medizinische Massagen werden von einem Arzt verordnet, wenn bestimmte körperliche Beeinträchtigungen vorliegen. Sie dienen dem Ziel, körperlichen Einschränkungen entgegenzuwirken oder Beschwerden zu lindern, sodass der Patient im Idealfall wieder ein beschwerdefreies Leben führen kann.*
MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
- 11 *Die manuelle Therapie ist eine Behandlungsmaßnahme der Abteilung für Physiotherapie.*
MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
- 12 *Die Abteilung der Physiotherapie ist fachübergreifend für das gesamte Krankenhaus tätig.*
MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
- 13 *Präventionskurse finden hauptsächlich im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe statt (Rückbildungsgymnastik, Geburtsvorbereitung, Mamma Care).*
MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
- 14 *Im Bereich der Onkologie findet eine enge Zusammenarbeit mit einer Psychoonkologin statt, die jedoch auch interdisziplinär für das Krankenhaus tätig wird.*
MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
- 15 *Eine Rückenschule ist in der Gesundheitseinrichtung fachübergreifend durch die Abteilung der Physiotherapie möglich.*

Med.pfleg. Leistungsangebot

MP37 - Schmerztherapie/-management

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

MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen

- 17 *Mamma Care-Kurse zur Erlernung der Methode zur Brustselbstuntersuchung sowie die Beratung und Unterstützung von onkologischen Patienten und ihren Angehörigen können unter Einbeziehung unserer Psychoonkologin, unserem Chefarzt und unserer Onkologieschwester genutzt werden.*

MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot

- 18 *Durch Einsatz von Wundschwestern, Onkologieschwestern und Pflegeexperten bietet unser Krankenhaus spezielle pflegerische Leistungen an.*

MP45 - Stomatherapie/-beratung

- 19 *Die Betreuung und Beratung von stationären und bei Bedarf auch ambulanten Patienten ist durch eine erfahrene Fachschwester und ärztliche Mitarbeiter gegeben.*

MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

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

MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen

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

MP51 - Wundmanagement

- 22 *Die qualifizierten Wundexperten gewährleisten die professionelle Behandlung und Beratung zu allen Fragen der Wundbehandlung.*

MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

- 23 *Patienten und Angehörige können sich im Gespräch mit unserem Sozialdienst über Selbsthilfegruppen beraten lassen und zu einem ersten Kontakt vermittelt werden.*

MP53 - Aromapflege/-therapie

- 24 *Bei der Aromatherapie kommt es zum Einsatz von natürlichen Duftstoffen (überwiegend ätherischen Ölen) zur Linderung von Beschwerden und Heilung von Krankheiten.*

25 MP54 - Asthmaschulung

MP63 - Sozialdienst

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

MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

- 27 *Mit der Nutzung von Broschüren, Informationsflyern und -aushängen, regelmäßig stattfindenden öffentlichen Veranstaltungen (Tag der offenen Tür, Monatsgespräch, Selbsthilfegruppen etc.) sowie der Homepage informiert das Krankenhaus zu verschiedenen Themen.*

28 MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder

für Kinder

MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter

29 Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 1 *Gegen Zuzahlung und bei freien Kapazitäten besteht die Möglichkeit, den Komfort eines Einzelzimmers zu nutzen. Einzelzimmer stehen nur begrenzt zur Verfügung.*
- NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 2 *Standardmäßig sind unserer Patientenzimmer als Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle ausgestattet.*
- NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
- 3
- NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
- 4 *Je nach Verfügbarkeit kann die Mitaufnahme einer Begleitperson (Übernachtung und Verpflegung) auf Selbstzahlbasis erfolgen.*
- NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
- 5 *Krankenhausseelsorge ist ein Angebot für alle Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen. In Zusammenarbeit mit externen Seelsorgerinnen und Seelsorgern werden mit den Menschen im Krankenhaus nach Quellen der Hoffnung und der Bewältigung ihrer Situation gesucht.*
- NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
- 6 *Es finden regelmäßig Informationsveranstaltungen mit wechselnden Themen statt. Bei Veranstaltungen wie dem Tag der offenen Tür, Monatsgesprächen und Informationsveranstaltungen für werdende Eltern können wir somit eine breite Themenauswahl unseren Patienten und Interessierten Bürgern anbieten.*
- NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- 7 *Patienten und Angehörige können sich im Gespräch mit unserem hauseigenen Sozialdienst über Selbsthilfegruppen beraten lassen und zu einem ersten Kontakt vermittelt werden.*
- NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
- 8 *Die Berücksichtigung besonderer Ernährungsgewohnheiten aus religiösen oder überzeugungsbedingten Gründen findet bei der Erstellung der Speisepläne Anwendung.*
- 9 NM68: Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Nicole Waschke
Telefon	03634 52 1516
Fax	03634 52 1227
E-Mail	n.waschke@kmg-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder
- 1 Blindenschrift/Brailleschrift
- Unsere Patientenaufzüge verfügen über eine Sprachansage.*
- 2 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
- Große Beschilderungen und Wandbeschriftungen sollen unseren Patienten und Besuchern bei der Orientierung im Krankenhaus helfen.*
- BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
- 3 *Mit Hilfe der Krankenhausinformation können wir auch den sehbehinderten Menschen eine entsprechende personelle Unterstützung zukommen lassen.*
- 4 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- Der Zugang zum Haus und alle Bereiche im Haus sind barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*
- BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit
- 5 Mobilitätseinschränkungen
- Der Zugang zum Haus und alle Bereiche im Haus sind barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*
- 6 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
- Barrierefreie Patientenzimmer und Sanitäranlagen stehen in der Einrichtung zur Verfügung.*
- 7 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- Bereiche, die von Patienten aufgesucht werden, sind mit rollstuhlgerechten Zugängen versehen.*
- 8 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- Die Fahrstühle unserer Klinik sind rollstuhlgerecht für Patienten und Besucher bedienbar.*
- 9 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- Die Sanitäranlagen sind barrierefrei.*
- BF11 - Besondere personelle Unterstützung
- 10 *Sollten Patienten und Angehörige besondere Unterstützung benötigen, können sie sich an die Krankenhausinformation wenden, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten.*
- BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
- 11 *Die Zimmer verfügen über Signalanlagen.*
- BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
- 12 *In den Aufzügen sind visuelle Anzeigen vorhanden.*
- 13 BF38 - Kommunikationshilfen
- 14 BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
- BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
- 15 *Im gesamten Krankenhaus sind Zeichen, um zu leiten, zu warnen oder zu informieren.*

Aspekte der Barrierefreiheit

BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer

16 Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)

In unserer Gesundheitseinrichtung sind Versorgungsmöglichkeiten für Patienten mit Übergewicht verfügbar.

BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer

17 Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

Die OP-Einrichtung ist auf eine Versorgung von Patienten bis zu 300 kg Körpergewicht ausgelegt.

BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer
18 Körpergröße

Die Röntgenanlagen sind bei ausgeprägtem Übergewicht nur eingeschränkt nutzbar. Unser CT ist bis maximal 180kg belastbar, die Röntgentische bis maximal 225kg belastbar.

BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer

19 Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten

Die Gesundheitseinrichtung hält spezielle Untersuchungsgeräte wie Körperwaagen bis 350 kg, Blutdruckmanschetten etc. vor.

BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer
20 Körpergröße, z.B. Patientenlifter

Unseren Mitarbeitern stehen Spezialbetten und Lagerungshilfen für die Versorgung von Patienten mit besonderem Übergewicht oder einer besonderen Körpergröße unterstützend zur Hilfe.

BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße,
z.B. Anti-Thrombosestrümpfe

21 *Unserer Einrichtung verfügt über ein breites Sortiment von Anti-Thrombosestrümpfen. Darüber hinaus stehen pneumatische Manschetten zur Thromboseprävention zur Verfügung.*

BF25 - Dolmetscherdienst

22 *Bei Verständigungsproblemen werden externe Dolmetscher hinzugezogen. Auch sind Aufklärungsunterlagen in verschiedenartigen Ausführungen verfügbar.*

BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

23 *Bei Bedarf kann in unserer Klinik auf verschiedener Sprachgruppen zurückgegriffen werden. Ebenfalls können wir externe Dolmetscherdienste nutzen.*

24 BF39 - Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses

25 BF40 - Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage

26 BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Das Krankenhaus ist seit 2011 zum akademischen Lehrkrankenhaus ernannt.

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

1 *Für Studenten, Famulanten und für das Praktische Jahr stellen wir ein breites und ständig aktualisiertes Angebot zur Verfügung.*

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- # Ausbildung in anderen Heilberufen
- 1 HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
 - 2 HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
 - 3 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
 - 4 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 163

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 7185
 Teilstationäre Fallzahl 0
 Ambulante Fallzahl 20227
 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				54,29
Beschäftigungsverhältnis	Mit	54,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	54,29

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				32,15
Beschäftigungsverhältnis	Mit	32,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	32,15

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				7,71
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,71

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				4,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,8

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt				116,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	116,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	116,74

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				42,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	42,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	42,37

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

Gesamt				11,28
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,28

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				5,64
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,64

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				12,57
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,57	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,57

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				6,28
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,28

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

Gesamt				9,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,07

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				8,42
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,42

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

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

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,65
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,65
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				3,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,75
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				3,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,75
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				8,86
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,86
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				6,86
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,86

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				8,98
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,98	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,98

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				0,61
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,61

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				1,67
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,67

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

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

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

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

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				3,38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,38

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

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

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

Gesamt				2,26
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,26

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Ärztlicher Leiter, Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement
verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme

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

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

Letzte Aktualisierung: 24.07.2025

2 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM04: Klinisches Notfallmanagement

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

Letzte Aktualisierung: 05.06.2025

RM05: Schmerzmanagement

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

Letzte Aktualisierung: 06.06.2025

RM06: Sturzprophylaxe

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

Letzte Aktualisierung: 25.03.2024

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

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

Letzte Aktualisierung: 25.03.2024

RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten

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

Letzte Aktualisierung: 11.04.2025

8 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

9 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

10 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 23.01.2025
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 12 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 23.01.2025
RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
- 13 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 23.01.2025
RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
- 14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Anästhesie Aufwachraum
Letzte Aktualisierung: 09.02.2024
RM18: Entlassungsmanagement
- 15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP Patientenentlassung
Letzte Aktualisierung: 04.10.2023

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☒ Tumorkonferenzen
- ☒ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☒ Qualitätszirkel

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
IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
- 1 **Frequenz:** bei Bedarf
IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
- 2 **Frequenz:** bei Bedarf
IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
- 3 **Letzte Aktualisierung:** 27.05.2025

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

Genutzte Systeme

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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
Erläuterungen	Zuständigkeit für die KMG Klinikum Thüringen Brandenburg GmbH

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	12

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	Dr. med. Peter Brand
Telefon	03634 52 1480
Fax	03634 52 1207
E-Mail	p.brand@kmg-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie
liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene
Resistenzlage angepasst Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung
oder die Arzneimittelkommission oder die
Hygienekommission autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur 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	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf
allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen
Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 15

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs
auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen
Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 84

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

- # Instrument bzw. Maßnahme
HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
- 1 **Frequenz:** bei Bedarf
- HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)
- 2 **Teilnahme ASH:** Teilnahme (ohne Zertifikat)
- HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
- 3 *Teilnahme am "ITS-KISS", "CDAD-KISS", "HAND-KISS", "MRSA-KISS" und "OP-KISS" des Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ).*
- HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
- 4 **Name:** MRE Netzwerk Kreis Sömmerda
- Moderator der Netzwerk-Veranstaltungen ist das Gesundheitsamt Sömmerda.*
- HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
- 5 **Frequenz:** jährlich
- Schulungsplan vorliegend (sowohl Ärztliches- und Pflegepersonal).*

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

- ☒ CDAD-KISS
- ☒ HAND-KISS
- ☒ ITS-KISS
- ☒ MRSA-KISS
- ☒ OP-KISS

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Qualitätsmanagementhandbuch</i>
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja <i>Qualitätsmanagementhandbuch</i>
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja <i>Qualitätsmanagementhandbuch</i>
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 <i>Digitales Patientenfeedback und analoge Patientenfeedbackbögen</i>
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja <i>Zentral</i>

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Kooperation mit externer Apotheke. Waisenhaus Apotheke

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

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

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- ☒ Fallbesprechungen
- ☒ Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß 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 vorgesehen?	Ja
Erläuterungen	Im Krankenhaus werden keine Kinder behandelt.

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
2	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
3	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja
4	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich
5	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja
6	AA50 - Kapselendoskop	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 Abschlüsse 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

☒ Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

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

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

Das Krankenhaus verfügt über eine

Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.

Ja

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

SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch

Ja

eine Kooperationsvereinbarung mit der

Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1500-02] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[1500-02].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
<p>Als modern ausgerichtete Chirurgie befassen wir uns mit der onkologischen Chirurgie und mit der sogenannten funktionellen Chirurgie, also der Chirurgie, bei der Eingriffe nicht aus kosmetischen sondern aus funktionellen Gründen vorgenommen werden. Beide Bereiche nehmen einen hohen Stellenwert in der Behandlung unserer Patient*innen im Thüringer Becken ein.</p> <p>Im Bereich der Therapie bösartiger Erkrankungen (Onkologie) gewährleisten wir durch eine enge Zusammenarbeit mit Onkolog*innen, Strahlentherapeut*innen und Mediziner*innen von Universitätskliniken neben einer leitliniengerechten operativen Versorgung auch die Vor- und Nachbehandlung krebskranker Patientinnen und Patienten.</p>	

Einen weiteren Schwerpunkt bildet die minimal invasive Chirurgie, auch Schlüssellochchirurgie genannt. Neben den Standardoperationen an Gallenblase, Wurmfortsatz, Magen- und Bauchdeckenhernien führen wir regelmäßig minimal invasive Eingriffe am Dickdarm durch. Durch dieses Operationsverfahren verkürzt sich nicht nur der Aufenthalt im Krankenhaus, die so therapierten Patient*innen erleiden auch deutlich weniger postoperative Schmerzen und profitieren von einem besseren kosmetischen Ergebnis. Durch die minimalen Operationswunden sinkt darüber hinaus das Infektionsrisiko, und die Patientensicherheit wird gesteigert.

Hernienchirurgie

Die operative Versorgung von Hernien – also Bauchwand- und Zwerchfellbrüchen – ist eine weitere Domäne unserer Abteilung. Hier gehen wir individuell auf die Situation unserer Patient*innen ein und entscheiden abgestimmt auf den vorliegenden Fall, welches Operationsverfahren das Beste für die Patient*innen ist. Wir bieten sämtliche Methoden bis hin zu den modernsten Techniken an und treffen die Entscheidung mit unseren Patient*innen gemeinsam in unserer Herniensprechstunde.

Maximale Patientensicherheit durch Neuromonitoring zur Schonung der Stimmbandnerven bei Operationen an der Schilddrüse

Operationen sowohl gutartiger Erkrankungen als auch bösartiger Geschwülste an der Schilddrüse führen wir regelhaft mit Neuromonitoring über einen Spezialtubus zur Schonung der Stimmbandnerven durch.

Adipositas-Chirurgie zur Gewichtsreduktion

Die Adipositas (Übergewichtigkeit) mit ihren Begleiterkrankungen spielt in der heutigen Zeit eine immer größere Rolle. Ihre Behandlung mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion führen wir in unserer Klinik einschließlich operativer Verfahren wie der Sleeve-Gastrektomie und dem Magen-Bypassverfahren in zunehmender Zahl durch.

Behandlung der Volkskrankheit Hämorrhoiden

Das proktologische Spektrum umfasst neben der Therapie entzündlicher Erkrankungen Hämorrhoiden-Operationen in konventioneller und Stapler-Technik sowie die Erkennung und Behandlung der Inkontinenz. Hierzu gehören unter anderem auch die Implantation von Sakralnervenstimulatoren sowie Resektionsrektopexie und Sphinkterrepair.

Speziell ausgebildete Wundschwestern für unsere Patient*innen im Einsatz

Die Behandlung des diabetischen Fußes und anderer septischer Erkrankungen beinhaltet in unserer Klinik neben operativen Maßnahmen die moderne Wundversorgung durch speziell ausgebildete Wundschwestern.

B-[1500-02].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-02].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart

Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Gunter Bauer

Telefon

03634 52 1557

Fax

03634 52 1157

E-Mail

g.bauer@kmg-kliniken.de

Strasse

Bahnhofstraße

Hausnummer

36

PLZ

99610

Ort

Sömmerda

URL

<http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-soemmerda/>

B-[1500-02].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-[1500-02].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

1 VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen

Varizen - Endarteriektomie

2 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

Varizenchirurgie

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

4 VC62 - Portimplantation

Die Portimplantation findet bei onkologischen Patienten oder zur parenteralen Ernährung Anwendung.

5 VC63 - Amputationschirurgie

Die Amputationschirurgie wird als Ultima Ratio bei schweren Infektionen durch Diabetes mellitus oder Arteriosklerose angewendet.

6 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten

Eine diagnostische Lymphknotenentfernung wird in Zusammenarbeit mit unseren Internisten und mittels der ambulanten Varizenchirurgie vorgenommen.

7 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren

Findet mittels operativer bzw. konservativer Therapie, die unter Verwendung eines modernen Wundmanagements durchgeführt wird, statt.

8 VD20 - Wundheilungsstörungen

Bei Wundheilungsstörungen findet eine moderne fachübergreifende Behandlung im Rahmen eines Wundmanagements statt.

Medizinische Leistungsangebote

VR02 - Native Sonographie

9 *Die native Sonografie (Ultraschall ohne Kontrastmittel) dient zur Untersuchung aller Notfallpatienten und Patienten mit entsprechender Indikation.*

10 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie

11 VR04 - Duplexsonographie

12 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel

VR06 - Endosonographie

13 *Findet insbesondere im Rahmen der Diagnostik des Rektumkarzinoms bzw. proktologischer Erkrankungen Anwendung.*

14 VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

15 VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

16 VD10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

17 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

Bei der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs findet eine Zusammenarbeit mit Proktologen statt.

VC22 - Magen-Darm-Chirurgie

18 *Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Im Bereich der Magen-Darm-Chirurgie werden alle gängigen minimalinvasiven und konventionellen Operations- und Therapieverfahren durchgeführt.*

VG07 - Inkontinenzchirurgie

19 *Sakralnervenstimulation*

20 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums

VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

21 *Die leitliniengerechte Therapie onkologischer Erkrankungen erfolgt nach einem interdisziplinären Tumorkonsil unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation.*

22 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

23 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

24 VP14 - Psychoonkologie

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

25 *Die minimalinvasive Gallenblasenentfernung wird als Standard-OP-Methode durchgeführt. U.a. auch die Leber-/Pankreaschirurgie bösartiger Erkrankungen. Bei benignen (gutartigen), malignen (bösartigen) Erkrankungen der Leber, Galle oder Pankreas werden laparoskopische u. offene OP-Techniken angewandt.*

26 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen

27 VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen

VC60 - Adipositaschirurgie

28 *Die Adipositaschirurgie erfolgt mittels minimalinvasiver Methoden.*

29 VC24 - Tumorchirurgie

30 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin

31 VC71 - Notfallmedizin

32 VC58 - Spezialsprechstunde

33 VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

B-[1500-02].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 848

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[1500-02].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	52
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	49
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	29
4	L72.1	Trichilemmalzyste	29
5	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	27
6	A46	Erysipel [Wundrose]	27
7	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	22
8	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	21
9	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	19
10	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	18
11	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	17
12	K61.0	Analabszess	17
13	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	15
14	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	15
15	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	15
16	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	14
17	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	14
18	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	13
19	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	12
20	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	12
21	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	11
22	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	10
23	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	10
24	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	10
25	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	9
26	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	9
27	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	8
28	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8
29	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	8
30	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	8

B-[1500-02].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	104
2	K40	Hernia inguinalis	78
3	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	66
4	K35	Akute Appendizitis	47
5	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	42
6	K57	Divertikulose des Darmes	39
7	E04	Sonstige nichttoxische Struma	30
8	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	29
9	A46	Erysipel [Wundrose]	27
10	K42	Hernia umbilicalis	25
11	L05	Pilonidalzyste	25
12	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	22
13	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	21
14	K43	Hernia ventralis	21
15	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	20
16	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	19
17	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	17
18	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	14
19	L03	Phlegmone	12
20	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	10
21	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9
22	K44	Hernia diaphragmatica	9
23	K29	Gastritis und Duodenitis	8
24	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	7
25	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	7
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	6
27	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	5
28	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	5
29	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	4
30	I70	Atherosklerose	4

B-[1500-02].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500-02].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	182
2	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	94
3	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	78
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	65
5	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	61
6	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	47
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	46
8	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	44
9	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie: Bei normalem Situs	34
10	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	34
11	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	32
12	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	31
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	30
14	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	29
15	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	25
16	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	24
17	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	24
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	24
19	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	22
20	1-653	Diagnostische Proktoskopie	22
21	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	22
22	5-916.a5	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	22
23	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	20
24	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	20
25	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	19
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	18

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	18
28	3-200	Native Computertomographie des Schädels	16
29	5-900.1b	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion	16
30	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	16

B-[1500-02].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	196
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	182
3	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	104
4	5-511	Cholezystektomie	101
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	90
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	79
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	72
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	61
9	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	60
10	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	57
11	5-470	Appendektomie	48
12	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	48
13	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	45
14	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	35
15	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	35
16	5-469	Andere Operationen am Darm	35
17	8-190	Spezielle Verbandstechniken	33
18	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	28
19	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	26
20	1-650	Diagnostische Koloskopie	25
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	24
22	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	24
23	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	24
24	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	23
25	1-653	Diagnostische Proktoskopie	22
26	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	22
27	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	21
28	5-063	Thyreoidektomie	19
29	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	18
30	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	17

B-[1500-02].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500-02].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[1500-02].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1500-02].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1500-02].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)	44
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	5
3	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
4	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
5	5-493.20	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	< 4
6	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
7	5-493.21	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	< 4
8	5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision	< 4

B-[1500-02].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	49
2	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	4
3	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
4	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
5	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4

B-[1500-02].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1500-02].11 Personelle Ausstattung

B-[1500-02].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Zu den Ärzten der Allgemeinen Chirurgie wurden die Ärzte der Unfallchirurgie hinzugerechnet.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	4,81	Fälle je VK/Person	176,299377
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	4,81

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	3,23	Fälle je VK/Person	262,5387
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	3,23

B-[1500-02].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
- 2 AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1500-02].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[1500-02].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt		8,63	Fälle je VK/Person	98,26188
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,63	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,63

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,51	Fälle je VK/Person	561,5894
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,51

B-[1500-02].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-[1500-02].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP16 - Wundmanagement
nach ICW
- 5 ZP20 - Palliative Care

B-[1500-02].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2400-02] Klinik für Gynäkologie und Senologie

B-[2400-02].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Gynäkologie und Senologie

Unsere Abteilung für Gynäkologie verfügt über ein großes Spektrum diagnostischer Verfahren mit integrierter Dysplasiesprechstunde. Hier arbeiten zertifizierte Kollegen (nach AGCPC, Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie) zur Abklärung fraglicher kolposkopischer und zytologischer Befunde. Die konservativen und operativen Behandlungen orientieren sich an erprobten Standards unter Berücksichtigung der aktuellen Empfehlungen und Leitlinien der wissenschaftlichen Gesellschaften.

In unserer Abteilung halten wir neben dem schonenden vaginalen Operieren auch das laparoskopische Operieren (sogenannte Schlüssellochtechnik) vor.

Oft führen verschiedene Therapieansätze zur Wiederherstellung der Gesundheit. Daher sind wir stets bemüht, für jede Frau einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen.

Ein Netzwerk, in das verschiedene Fachdisziplinen sowie unsere niedergelassenen Kolleg*innen integriert sind, gestattet uns kurze Informationswege und schnelle Behandlungsentscheidungen.

B-[2400-02].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400-02].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart

Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dipl.-Med. Thoralf Amse

Telefon

03634 52 1181

Fax

03634 52 1186

E-Mail

t.amse@kmg-kliniken.de

Strasse

Bahnhofstraße

Hausnummer

36

PLZ

99610

Ort

Sömmerda

URL

<http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-soemmerda/>

B-[2400-02].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-[2400-02].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

1 VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie

Ist in unserer Einrichtung möglich. Eine plastische-rekonstruktive Brustchirurgie unter der Verwendung von Eigengewebe.

VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

2 *Ebenso wie die bösartigen können auch die gutartigen Tumore stationär oder ambulant bzw. mittels der Ermächtigungssprechstunde bis hin zur Nachsorge behandelt werden. Wir bieten HIFU (Hochintensiver fokussierter Ultraschall) mittels Echopulse bei gutartigen Tumoren der Mamma ambulant an.*

VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des

3 Wochenbettes

Bei Beschwerden in der Frühschwangerschaft ist eine stationäre Behandlung möglich (bis zur abgeschlossenen 22. SSW).

VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

4 *Die Behandlung von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane findet in der Regel stationär statt.*

VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen

5 *Bei uns besteht die Möglichkeit bei Kinderwunsch Abklärungen an den weiblichen Geschlechtsorganen durchzuführen (Eileiterdurchspülung). Wir therapieren auch jeder Veränderung der Eierstöcke und Eileiter und führen Operationen gebärmuttererhaltend durch.*

VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

6 *Die Behandlung von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes erfolgt stationär und ambulant über die Ermächtigung für Urogynäkologie und die gynäkologische Sprechstunde mittels vaginaler Sonografie.*

VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

7 *Ist ambulant sowie mittels einer Ermächtigungssprechstunde bis hin zur Nachsorge möglich.*

VG15 - Spezialsprechstunde

8 *Wir können uns. Pat. eine spez. Mamma-Sprechstd. sowie Spezialsprechstd. für die Geburtsplan. Urogyn. u. eine onkologische Amb. (zur Durchführung einer medikam. Tumortherapie) anbieten. Des Weiteren ist eine Dysplasiesprechstd. sowie eine Sprechstd. für ästhetische Eingriffe integriert.*

VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

9 *Inklusive ästhetische Chirurgie im Bereich der Mamma, der äußeren Genitale.*

VG16 - Urogynäkologie

10 *Eine ambulante Ermächtigung für die Urogynäkologie sowie Urodynamik (Blasendruckmessung) liegt vor.*

VG07 - Inkontinenzchirurgie

11 *Die Inkontinenzchirurgie unserer Fachabteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgt in stationärer Versorgung.*

VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

12 *Unter Beachtung von entsprechenden Leitlinien ist die stationäre Diagnostik und Therapie von gynäkologischen Tumoren jederzeit möglich. Am Standort wird eine Spezialsprechstunde für gyn. Operationen vorgehalten.*

VG12 - Geburtshilfliche Operationen

13 *Geburtshilfliche Operationen können ebenfalls in stationärer oder ambulanter Versorgung bis zur 22. SSW erfolgen.*

VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

14 *Ist ambulant sowie mittels einer Ermächtigungssprechstunde bis hin zur Nachsorge möglich. Alle Therapien: neoadjuvant (vor dem operativen Eingriff), operativ und adjuvant (im Anschluss an den operativen Eingriff) sind durchführbar.*

VG06 - Gynäkologische Chirurgie

15 *Die Chirurgie und Onkologie im Rahmen der Gynäkologie findet im stationären Umfeld statt, ggf. auch interdisziplinär. Ein multidisziplinäres wöchentliches Tumorboard wird vorgehalten.*

VG05 - Endoskopische Operationen

16 *Endoskopische Operationen werden, je nach Krankheitsbild, stationär oder ambulant erbracht.*

Medizinische Leistungsangebote

VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie

17

Die ästhetische Chirurgie findet im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung statt.

VG00 - („Sonstiges“): erweiterte Kolposkopieabklärung

18

*Unsere Abteilung für Gynäkologie verfügt über ein großes Spektrum diagnostischer Verfahren. Eine Abklärungssprechstunde ist für betroffene Patientinnen eingerichtet und wird von unserer OÄ Frau Kruspe durchgeführt.***B-[2400-02].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl 411

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[2400-02].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	39
2	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	30
3	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	25
4	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	21
5	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	16
6	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	14
7	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	13
8	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	9
9	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	8
10	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	8
11	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	8
12	N81.1	Zystozele	7
13	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	7
14	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	7
15	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	6
16	D06.9	Carcinoma in situ: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	6
17	N92.4	Zu starke Blutung in der Prämenopause	5
18	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	5
19	N76.4	Abszess der Vulva	5
20	N75.1	Bartholin-Abszess	5
21	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	5
22	O02.1	Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]	5
23	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	4
24	N30.0	Akute Zystitis	4
25	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	4
26	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	4
27	N70.0	Akute Salpingitis und Oophoritis	< 4
28	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	< 4
29	C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix	< 4
30	N95.0	Postmenopausenblutung	< 4

B-[2400-02].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	126
2	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	24
3	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	14
4	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	13
5	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	12
6	N81	Genitalprolaps bei der Frau	12
7	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	11
8	D06	Carcinoma in situ der Cervix uteri	9
9	D25	Leiomyom des Uterus	9
10	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	8
11	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	8
12	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	7
13	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	7
14	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	6
15	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	6
16	N75	Krankheiten der Bartholin-Drüsen	5
17	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	5
18	O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	5
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5
20	C51	Bösartige Neubildung der Vulva	5
21	N30	Zystitis	4
22	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	4
23	D39	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	4
24	N87	Dysplasie der Cervix uteri	4
25	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	4
26	O03	Spontanabort	4
27	K71	Toxische Leberkrankheit	< 4
28	N70	Salpingitis und Oophoritis	< 4
29	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	< 4
30	N95	Klimakterische Störungen	< 4

B-[2400-02].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400-02].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	52
2	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	47
3	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	46
4	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	42
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	39
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	35
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	32
8	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	29
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	29
10	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	21
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	19
12	3-100.0	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen	19
13	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	17
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	15
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	14
16	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	13
17	5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal	12
18	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	12
19	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	12
20	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	12
21	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	11
22	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	11
23	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	10
24	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	10
25	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	10
26	3-200	Native Computertomographie des Schädels	10
27	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	10
28	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	9
29	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverteilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	9
30	5-872.0	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie	9

B-[2400-02].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	116
2	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	91
3	3-100	Mammographie	71
4	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	56
5	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	42
6	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	39
7	5-661	Salpingektomie	38
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	32
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	29
10	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	19
11	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	19
12	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	16
13	9-401	Psychosoziale Interventionen	15
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	15
15	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	14
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	14
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	14
18	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	13
19	5-653	Salpingoovariektomie	12
20	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	12
21	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	11
22	3-200	Native Computertomographie des Schädels	10
23	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	10
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	9
25	1-559	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision	8
26	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	8
27	5-469	Andere Operationen am Darm	8
28	5-916	Temporäre Weichteildeckung	7
29	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	7
30	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	6

B-[2400-02].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400-02].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	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)	Diagnostik und Therapie von bösartigen Erkrankungen der Brust <i>Diagnostische Verfahren zur Diagnosesicherung bei Mammatumoren. Therapie (inklusive ambulante zytostatische Therapie) von gutartigen und bösartigen Erkrankungen der Brustdrüse.</i>
1		
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	

B-[2400-02].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2400-02].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2400-02].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	65
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	63
3	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	56
4	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	56
5	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	36
6	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	33
7	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	19
8	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverteilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	10
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
10	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	10
11	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	8
12	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	5
13	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	5
14	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	4
15	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
16	5-663.42	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
17	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	< 4
18	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	< 4
19	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	< 4
20	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strickkürettage)	< 4
21	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	< 4
22	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
23	1-571.1	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Cervix uteri	< 4
24	5-671.00	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Laserexzision	< 4

B-[2400-02].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	66
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	63
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	57
4	5-671	Konisation der Cervix uteri	57
5	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	56
6	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	33
7	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	10
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
9	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	10
10	5-661	Salpingektomie	8
11	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	6
12	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	5
13	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	5
14	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	5
15	5-881	Inzision der Mamma	< 4
16	1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision	< 4
17	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4

B-[2400-02].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2400-02].11 Personelle Ausstattung

B-[2400-02].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	4,28	Fälle je VK/Person	96,02803
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	4,28
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	3,78	Fälle je VK/Person	108,730164
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	3,78

B-[2400-02].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - 2 AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
 - 2 *Senologie/Mammaoperateur*

B-[2400-02].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF28 - Notfallmedizin

B-[2400-02].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt		4,93	Fälle je VK/Person	83,36714
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,93

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

Gesamt		2,64	Fälle je VK/Person	155,681808
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,64

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,65	Fälle je VK/Person	632,307739
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,65

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	411
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[2400-02].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 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 4 PQ20 - Praxisanleitung

B-[2400-02].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement
- 5 ZP20 - Palliative Care
- 6 ZP23 - Breast Care Nurse
- 7 ZP35 - Aromapflege

B-[2400-02].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600-02] Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-[3600-02].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

In unserer Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie führen wir jährlich etwa 4.000 Allgemein- und Regionalanästhesien in den Fachbereichen Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie und Gynäkologie durch. Dabei betreuen wir Patient*innen aller Alters- und Risikoklassen ab dem 10. Lebensjahr für stationäre und ambulante operative Eingriffe und arbeiten sowohl mit unseren am Haus tätigen als auch mit niedergelassenen Operateur*innen aus dem Landkreis Sömmerda und darüber hinaus zusammen. Unsere interdisziplinäre Intensivtherapiestation versorgt jährlich etwa 1.000 Patient*innen der Fachrichtungen Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie/ Orthopädie, Gynäkologie und Innere Medizin. Sie umfasst 10 Betten, von denen 6 Betten mit einer Beatmungsmöglichkeit ausgestattet sind. So werden Patient*innen nach größeren operativen Eingriffen oder mit schweren Erkrankungen wie akutem Myokardinfarkt oder Schlaganfall intensivmedizinisch überwacht. Schwerstkranke Patient*innen mit Störungen der Vitalfunktionen oder dem Ausfall eines oder mehrerer Organsysteme werden nach neuestem wissenschaftlichen Stand intensivmedizinisch behandelt. Hierbei kommen moderne Monitorsysteme zum Einsatz. Bei Störung der Atemfunktion können die Patient*innen je nach Erfordernis nichtinvasiv oder invasiv beatmet werden. Bei vorübergehender Nierenfunktionsstörung stehen uns moderne Apparate zur kontinuierlichen Hämofiltrations- oder Dialysebehandlung zur Verfügung.

B-[3600-02].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 3600 - Intensivmedizin

B-[3600-02].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart

Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Peter Brand

Telefon

03634 52 1480

Fax

03634 52 1207

E-Mail

p.brand@kmg-kliniken.de

Strasse

Bahnhofstraße

Hausnummer

36

PLZ

99610

Ort

Sömmerda

URL

<http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-soemmerda/>

B-[3600-02].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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3600-02].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI26 - Naturheilkunde
Aromatherapie
- 2 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
Durchführung von nichtinvasiven (Aufsetzen einer Beatmungsmaske) oder invasiven (Einführung eines Beatmungsschlauchs zur maschinellen Beatmung) Beatmungsverfahren beim Versagen der Lungenfunktion, Therapie schwerer Asthmaanfälle inkl. Folgen. Durchführung von Langzeitbeatmung und deren Entwöhnung.
- 3 VI35 - Endoskopie
Durchführung von Magen- und Darmspiegelungen auf der Intensivstation bei akuten Blutungen, Durchführung von Spiegelungen der Atemwege zur Gewinnung von Sekreten und der mikrobiologischen Untersuchung sowie der Säuberung der Atemwege (Bronchoskopie)
- 4 VC05 - Schrittmachereingriffe
VI42 - Transfusionsmedizin
- 5 *FA Anästhesie und Intensivmedizin ist als Transfusionsverantwortlicher tätig und für die Organisation und Weiterbildung im Rahmen der Transfusionsmedizin (Übertragung von Blutkonserven oder anderen Medikamenten zur Beeinflussung der Blutgerinnung) verantwortlich.*
VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 6 *In Zusammenarbeit mit dem FA Kardiologie findet die Behandlung des akuten Herzinfarktes mittels Lysetherapie (Auflösung des Thrombus) oder die Durchführung von Herzkatheteruntersuchungen zur Eröffnung der verschlossenen Herzkranzgefäße statt.*
VU15 - Dialyse
- 7 *Akutdialyse*
VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 8 *Behandlung der Spätformen des Herzversagens verschiedener Ursachen (z.B. Bluthochdruck, Erkrankungen der Herzklappen, Hochdruck in den Lungengefäßen).*
- 9 VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 10 *In fachübergreifender Zusammenarbeit finden Behandlungen der Folgen der Hochdruckkrankheit des Herzens und speziell der akuten Lungenembolie (Verstopfung eines Gefäßes der Lunge mit einem Blutgerinnsel, dem sog. Thrombus) statt. Durchführung der Lysetherapie (Auflösung des Thrombus mit Medikament).*
VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 11 *Behandlung insbesondere der massiven Blutdruckentgleisung mit ihren negativen Folgen auf das Herzkreislaufsystem sowie der möglichen Schädigung des Gehirns.*
VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
- 12 *Durchführung von akuter Dialysebehandlung auf der Intensivstation bei einem dialysepflichtigen Nierenversagen (Nierenersatzverfahren).*
VR02 - Native Sonographie
- 13 *Sonografische Untersuchungen des Bauches, der Lunge und der Gefäße finden Anwendung.*
VI40 - Schmerztherapie
- 14 *Nach Operationen oder Verletzungen wird eine Therapie mittels Schmerzmittelgabe (über Vene, patientenkontrolliertes Pumpensystem, rückenmarksnah oder an bestimmten Nerven sitzende Schmerzkatheter) durchgeführt. Weiterführung/Einstellungen der Schmerzbehandlung bei Patienten mit chron. Schmerzen.*
VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 15 *Akutbehandlung des Schlaganfalls durch den Verschluss von Gefäßen im Gehirn oder durch Blutungen im Gehirn, Durchführung der Lysetherapie (Auflösung der Thromben in den Gefäßen) bei dem Verschluss von Hirngefäßen, leitliniengerechte Akuttherapie.*
VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 16 *Rechtzeitiger effektiver Einsatz von Antibiotika nach den Richtlinien der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie. Zur Bestimmung von Bakterien und Anpassung der Antibiotikagabe wird eine Blutprobe entnommen.*

Medizinische Leistungsangebote

VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien

- 17 *Behandlung der Folgen des schweren allergischen Schocks mit Atemnot und Kreislaufversagen. Zudem findet eine Zusammenarbeit mit einem Konsiliararzt im Bereich der Dermatologie statt.*

VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

- 18 *In Zusammenarbeit mit dem FA Urologie findet eine Betreuung von Patienten mit Operationen an den Nieren statt.*

VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

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

- 20 *Betreuung von Patienten nach Operationen an Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse. Durchführung einer effektiven Schmerztherapie mit rückenmarksnahen Kathetern und patientenkontrollierten Pumpensystemen (Kooperation mit FA für Chirurgie), Behandlung von akuten Entzündungen der Bauchspeicheldrüse.*

VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

- 21 *Behandlung tachykarder (schneller) Rhythmusstörungen wie Kammerflimmern oder bradykarder (langsamer) Rhythmusstörungen mit Medikamenten oder dem Einbringen von vorübergehenden Schrittmachersonden in Vorbereitung der Versorgung mit einem Herzschrittmacher durch den Kardiologen.*

VI20 - Intensivmedizin

- 22 *Durchführung aller gängigen intensivmedizinischen Maßnahmen zur Unterstützung versagender Organsysteme (Organersatzverfahren wie Beatmung, Dialyse, Kreislaufstützung).*

VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

- 23 *Diagnostik der Gerinnung im Rahmen bevorstehender Operationen in den angeschlossenen Laboren von Bad Frankenhausen und Göttingen. Behandlung von Patienten mit Komplikationen durch die Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten.*

VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

- 24 *Es finden Maßnahmen zur Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge Anwendung. Eine Mitarbeit in der Mitteldeutschen Sepsis Allianz des Universitätsklinikums Jena besteht. Regelmäßige Schulungen zur frühzeitigen Erkennung werden wahrgenommen, um eine sofortige Behandlung gewährleisten zu können.*

VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen

- 25 *Behandlung von deliranten Erkrankungen (Verwirrheitszuständen) verschiedener Ursachen. Entzugsbehandlungen bei der Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente).*

VN23 - Schmerztherapie

VC67 - Chirurgische Intensivmedizin

VC71 - Notfallmedizin

VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie

VG05 - Endoskopische Operationen

VG06 - Gynäkologische Chirurgie

VG07 - Inkontinenzchirurgie

VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften

VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen

VC66 - Arthroskopische Operationen

VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

VC21 - Endokrine Chirurgie

VC22 - Magen-Darm-Chirurgie

VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

VC24 - Tumorchirurgie

VC60 - Adipositaschirurgie

- # Medizinische Leistungsangebote
- 46 VC62 - Portimplantation
- 47 VC68 - Mammachirurgie
- 48 VC65 - Wirbelsäulen Chirurgie
- 49 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 50 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 51 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
- 52 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 53 VC30 - Septische Knochenchirurgie
- 54 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 55 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
- 56 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
- 57 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 58 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- 59 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- 60 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
- 61 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 62 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 63 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
- 64 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
- 65 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
- 66 VC63 - Amputationschirurgie
- 67 VO19 - Schulterchirurgie

B-[3600-02].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	188
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600-02].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	10
2	I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
3	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	6
4	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	6
5	I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern	5
6	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	4
7	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	4
8	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
9	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	< 4
10	R55	Synkope und Kollaps	< 4
11	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
12	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	< 4
13	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	< 4
14	E10.11	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet	< 4
15	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	< 4
16	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	< 4
17	F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
18	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	< 4
19	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	< 4
20	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	< 4
21	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	< 4
22	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
23	K14.8	Sonstige Krankheiten der Zunge	< 4
24	J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	< 4
25	A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	< 4
26	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
27	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	< 4
28	K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	< 4
29	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	< 4
30	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	< 4

B-[3600-02].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I21	Akuter Myokardinfarkt	14
2	I50	Herzinsuffizienz	13
3	A41	Sonstige Sepsis	10
4	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	7
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	7
6	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6
7	K70	Alkoholische Leberkrankheit	5
8	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	5
9	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	5
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	4
11	I26	Lungenembolie	4
12	S06	Intrakranielle Verletzung	4
13	R55	Synkope und Kollaps	< 4
14	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
15	S72	Fraktur des Femurs	< 4
16	I46	Herzstillstand	< 4
17	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	< 4
18	K85	Akute Pankreatitis	< 4
19	G40	Epilepsie	< 4
20	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	< 4
21	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	< 4
22	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	< 4
23	K14	Krankheiten der Zunge	< 4
24	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	< 4
25	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	< 4
26	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
27	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
28	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	< 4
29	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	< 4
30	T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[3600-02].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600-02].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	537
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	270
3	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	250
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	144
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	133
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	103
7	3-202	Native Computertomographie des Thorax	82
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	81
9	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	76
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	67
11	8-701	Einfache endotracheale Intubation	65
12	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	61
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	54
14	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	51
15	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	46
16	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	44
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	43
18	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	42
19	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen	38
20	3-201	Native Computertomographie des Halses	34
21	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	34
22	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	32
23	1-717.1	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials: Mit Indikationsstellung zur weiteren Beatmungsentwöhnungsbehandlung	29
24	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	28
25	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	27
26	8-854.72	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden	24
27	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	23
28	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	22
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	22

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	5-541.3	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Second-look-Laparotomie (programmierte Relaparotomie)	21

B-[3600-02].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	537
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	374
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	314
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	194
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	144
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	133
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	106
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	103
9	3-202	Native Computertomographie des Thorax	82
10	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	76
11	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	70
12	8-854	Hämodialyse	66
13	8-701	Einfache endotracheale Intubation	65
14	5-916	Temporäre Weichteildeckung	55
15	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	48
16	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	44
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	43
18	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	42
19	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	34
20	3-201	Native Computertomographie des Halses	34
21	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	34
22	8-390	Lagerungsbehandlung	32
23	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	32
24	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	31
25	1-717	Feststellung des Beatmungstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials	30
26	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	28
27	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	27
28	5-469	Andere Operationen am Darm	27
29	5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	22
30	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	20

B-[3600-02].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600-02].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM08 -	Anästhesieambulanz
1	Notfallambulanz (24h)	<i>Patienten welche eine Narkose benötigen, werden in einem Vorgespräch aufgeklärt. Der Anästhesist sichtet hierbei alle relevanten Vorbefunde und erläutert mögliche Narkoseverfahren sowie deren Risiken und Nebenwirkungen</i>

B-[3600-02].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3600-02].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3600-02].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3600-02].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3600-02].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3600-02].11 Personelle Ausstattung

B-[3600-02].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	6,91	Fälle je VK/Person	27,20695
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	6,91

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,23	Fälle je VK/Person	44,44444
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	4,23

B-[3600-02].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3600-02].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF15 - Intensivmedizin
- 2 ZF28 - Notfallmedizin

B-[3600-02].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt		16,69	Fälle je VK/Person	11,26423
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,69

B-[3600-02].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[3600-02].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
- 5 ZP35 - Aromapflege

B-[3600-02].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100-SMD-GASTRO] Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie, Hepatologie, Proktologie, Infektologie und Hämato-Onkologie

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

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie, Hepatologie, Proktologie, Infektologie und Hämato-Onkologie

In unserer Klinik behandeln wir Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes einschließlich Enddarm und After sowie der Speiseröhre (Gastroenterologie / Proktologie), der Leber, Bauchspeicheldrüse und Gallenwege, der Nieren, des Blutes und der blutbildenden Organe. Die Diagnostik und Therapie von Tumoren ist dabei ein wichtiger Schwerpunkt.

Darüber hinaus können wir auch Infektionen, rheumatologische Erkrankungen, Zuckererkrankungen und spezielle Lungenerkrankungen behandeln. In Zusammenarbeit mit den angrenzenden Fachgebieten können wir komplexe Diagnosen schnell und umfassend stellen. Wir achten darauf, dass unsere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden so schonend wie möglich für unsere Patient*innen sind. Dazu bieten wir jedem Patient eine Sedierung (Beruhigung) und bei endoskopischen Eingriffen zusätzlich eine Kohlenstoffdioxid-Insufflation an. Diese Methode belastet den Organismus weniger als die Untersuchung mit Raumluft und verhindert, dass sich Patient*innen nach der Untersuchung aufgebläht fühlen.

B-[0100-SMD-GASTRO].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100-SMD-GASTRO].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart	
Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marc Walther
Telefon	03634 52 1467
Fax	03634 52 1022
E-Mail	m.walther@kmg-kliniken.de
Strasse	Bahnhofstrasse
Hausnummer	36
PLZ	99610
Ort	Sömmerda
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-soemmerda/

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 2 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 3 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 4 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
- 5 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 6 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 7 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 8 VI35 - Endoskopie
- 9 VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- 10 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 11 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 12 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 13 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 14 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 15 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 16 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 17 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 18 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 19 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 20 VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
- 21 VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
- 22 VI27 - Spezialsprechstunde
- 23 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 24 VI38 - Palliativmedizin
- 25 VI40 - Schmerztherapie
- 26 VI42 - Transfusionsmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl	1747
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100-SMD-GASTRO].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	136
2	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	91
3	K63.5	Polyp des Kolons	87
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	75
5	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	70
6	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	61
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	48
8	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	37
9	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	33
10	E86	Volumenmangel	28
11	C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang	25
12	K29.6	Sonstige Gastritis	25
13	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	23
14	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	21
15	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	20
16	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	19
17	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	19
18	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	18
19	C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	17
20	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	17
21	C22.0	Leberzellkarzinom	16
22	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	16
23	K80.30	Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	15
24	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	15
25	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	14
26	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	14
27	K85.80	Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	14
28	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	14
29	D51.8	Sonstige Vitamin-B12-Mangelanämien	12
30	A04.5	Enteritis durch Campylobacter	12

B-[0100-SMD-GASTRO].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	199
2	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	146
3	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	88
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	75
5	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	74
6	K29	Gastritis und Duodenitis	55
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	48
8	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	44
9	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	43
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	42
11	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	41
12	C16	Bösartige Neubildung des Magens	35
13	K25	Ulcus ventriculi	33
14	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	32
15	E86	Volumenmangel	28
16	K85	Akute Pankreatitis	28
17	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	28
18	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	26
19	C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	26
20	K70	Alkoholische Leberkrankheit	24
21	D50	Eisenmangelanämie	23
22	D37	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	23
23	K57	Divertikulose des Darmes	23
24	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	22
25	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	20
26	A41	Sonstige Sepsis	20
27	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	19
28	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	17
29	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	17
30	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	16

B-[0100-SMD-GASTRO].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100-SMD-GASTRO].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	599
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	462
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	306
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	304
5	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	298
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	275
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	269
8	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	256
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	240
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	174
11	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	160
12	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	152
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	134
14	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	129
15	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	127
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	116
17	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	116
18	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	115
19	5-513.h0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Wechsel von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	114
20	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	112
21	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	111
22	3-056	Endosonographie des Pankreas	100
23	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	99
24	3-055.1	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Leber	91
25	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	91
26	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	91
27	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	89
28	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	81
29	3-202	Native Computertomographie des Thorax	78
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	70

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1013
2	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	629
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	600
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	462
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	461
6	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	386
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	304
8	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	298
9	5-469	Andere Operationen am Darm	293
10	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	291
11	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	182
12	3-200	Native Computertomographie des Schädels	174
13	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	155
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	144
15	8-547	Andere Immuntherapie	127
16	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	115
17	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	101
18	3-056	Endosonographie des Pankreas	100
19	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	81
20	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	80
21	3-202	Native Computertomographie des Thorax	78
22	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	69
23	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	60
24	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	55
25	5-449	Andere Operationen am Magen	40
26	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	36
27	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	35
28	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	35
29	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	34
30	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	28

B-[0100-SMD-GASTRO].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-SMD-GASTRO].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
		Zentrale Notaufnahme
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV	KV Sprechstunde
3	(besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>endoskopische Leistungen wie: obere/untere Endosonografie mit ggf. ÖGD (Magenspiegelung) und/oder Rektoskopien, Proctoskopien ggf. mit Haemorrhoiden-Ligaturen, HR-Ösophagomanometrien/Impedan, 3D Analmanometrien, Sono- und Duplexsonografie Abdomen inkl. Kontrastmittel-Diagnostik, weiter unter 8.1.</i>
4	AM07 - Privatambulanz	<i>alle endoskopischen Leistungen anbietbar</i>

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

#	Ambulanz	Leistung
1	KV Sprechstunde	VI00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von CED Erkrankungen
2	KV Sprechstunde	VI00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Lebererkrankungen
3	KV Sprechstunde	VI00 - („Sonstiges“): Leber-Transplantationsnachsorge

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

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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	543
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
2	5-452.60	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	198
3	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	113
4	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	49
5	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	28
6	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	13
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
7	5-452.61	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	5
8	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	5
9	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	4
10	5-513.b	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	4
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
11	5-452.62	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
12	5-526.b	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Entfernung von alloplastischem Material	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	669
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	204
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	77
4	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	8
5	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	5
6	5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	< 4

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

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

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

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,75	Fälle je VK/Person	225,419357
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	7,75

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,1	Fälle je VK/Person	426,097565
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	4,1

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

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

B-[0100-SMD-GASTRO].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF28 - Notfallmedizin
 - 2 ZF34 - Proktologie

B-[0100-SMD-GASTRO].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt		13,13	Fälle je VK/Person	133,054077
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,13

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1747
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,16	Fälle je VK/Person	1506,03455
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,16

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	6988
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

B-[0100-SMD-GASTRO].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
- 4 PQ22 - Intermediate Care Pflege

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

Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP08 - Kinästhetik
- 4 ZP16 - Wundmanagement
- 5 ZP20 - Palliative Care

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

B-[0100-02] Klinik für Innere Medizin - Kardiologie

B-[0100-02].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin - Kardiologie
Werte Patient*innen,	

für Ihre internistische Versorgung bieten wir Ihnen am KMG Klinikum Sömmerda ein breites Spektrum an diagnostischen Verfahren und Behandlungsmöglichkeiten an. Dabei sind wir mit einem erfahrenen Team aus Ärzt*innen, Pflegefachkräften und Therapeut*innen für Sie da. Wir setzen hochmoderne Medizintechnik ein, mit der wir schnell und zuverlässig die richtige Diagnose stellen, um Sie umgehend der erforderlichen Behandlung zuzuführen.

Im Mittelpunkt unserer Abteilung steht Ihre Herzgesundheit. Aber auch bei Gefäßkrankheiten sowie Erkrankungen von Lunge und Niere sind wir für Sie da. Dabei arbeiten wir bei allen Erkrankungen aus dem Gesamtgebiet der Inneren Medizin sehr eng mit der Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie zusammen, ebenso aber auch fachübergreifend mit allen anderen Abteilungen unseres Hauses und weiteren Kliniken im KMG-Verbund. Für Eingriffe, die wir vor Ort routinemäßig nicht durchführen können, arbeiten wir eng und hervorragend mit Kolleg*innen anderer Kliniken zusammen, z.B. mit dem Universitätsklinikum Jena.

Für Patient*innen mit Herzklappenerkrankungen oder speziellen Fragestellungen bei strukturellen Herzerkrankungen - z.B. interventioneller Aortenklappenersatz (TAVI), Vorhofohrverschluss (LAA-Occluder), PFO-Verschluss, interventionelle Mitralklappenrekonstruktion (MitraClip) bieten wir in unserer Abteilung eine ambulante Sprechstunde an.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne mit unserem Sekretariat zur Verfügung!

B-[0100-02].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 0100 - Innere Medizin

B-[0100-02].1.2 Ärztliche Leitung

Leistungsart

Leistungsart	Chefarzt / Chefärztin
--------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jörg Fuhrmann
Telefon	03634 52 1559
Fax	03634 52 1997
E-Mail	soemmerda-kardiologie@kmg-kliniken.de
Strasse	Bahnhofstraße
Hausnummer	36
PLZ	99610
Ort	Sömmerda
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-soemmerda/

B-[0100-02].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-[0100-02].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten

- 1 *Die Möglichkeit für nichtinvasive (Ergometrie, Stressechokardiografie) und invasive (Koronarangiografie) Diagnostik der koronaren Herzkrankheit sowie die interventionelle Kardiologie (PTCA, Stent-Implantation - also Eingriffe am Herzen mittels Herzkatheter unter Röntgenkontrolle) besteht.*

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

- 2 *Hierzu zählt die nichtinvasive (Maßnahmen, die die Integrität des Körpers nicht verletzen) und invasive (in den Körper eindringen) Diagnostik der pulmonalen Hypertonie einschließlich der Rechtsherzkatheteruntersuchungen und Vasoreagibilitätstestungen.*

VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

- 3 *U .a. Diagnostik und Therapie der Kardiomyopathie einschließlich Endomyokardbiopsie.*

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

- 4 *Duplex- und Dopplersonografie der hirnversorgenden Arterien, der Nieren- und Extremitätengefäße.*

VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

- 5 *Dazu zählen auch systemische Thrombolyse (Auflösung) bei ischämischen Strokes (Schlaganfällen).*

VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

- 6 *Die Therapie der essentiellen Hypertonie sowie der Differential-Diagnostik der sekundären Hypertonieformen gehören zu diesem Bereich.*

VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

- 7 *Im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen können unsere Patienten bspw. ein Langzeit-EKG, die Implantation von Event-Recordern und elektrophysiologische Untersuchungen (EPU) erhalten.*

VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen

- 8 *Einschließlich invasiver hämodynamischer Diagnostik im kleinen und großen Kreislauf, Diagnostik der Shuntvitien (angeborenen Herzfehler).*

VC05 - Schrittmachereingriffe

- 9 *Neuimplantation und Wechsel von 1-Kammer-, 2-Kammer- und 3-Kammer-Schrittmachern sowie CCM Geräten (kardiale Kontraktilitätsmodulation).*

VC06 - Defibrillatoreingriffe

- 10 *Hierbei werden Neuimplantationen und der Wechsel von 1-Kammer-, 2-Kammer- und 3-Kammer-ICD's (implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren) vorgenommen.*

VC10 - Eingriffe am Perikard

VR15 - Arteriographie

VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten

- 13 *Nichtinvasive (z.B. Duplexsonografie) und invasive (z.B. Phlebografie - Verfahren zur Darstellung und Beurteilung von Venen) Diagnostik der Thrombosen.*

VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen

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

- 15 *Einsatz eines modernen Bodyplethysmographen (Untersuchung des Atemwegswiderstand) und Spiroergometrie (Analyse der Lungenfunktion unter einer bestimmten Belastung), Röntgen-Thorax, CT, Bronchoskopie (Untersuchung der Atemwege).*

- # Medizinische Leistungsangebote
- 16 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
einschließlich intrapleuraler Medikamentenapplikation (Medikamentenverabreichung in den Pleura-Spalt).
- 17 VC71 - Notfallmedizin
- 18 VR44 - Teleradiologie
- 19 VI20 - Intensivmedizin
Intensivmedizinische Behandlung sämtlicher vitalbedrohlicher internistischer Krankheiten.
- 20 VR02 - Native Sonographie
- 21 VR04 - Duplexsonographie
- 22 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 23 *Differential-Diagnostiken und Therapien akuter und chronischer Nierenerkrankungen, einschließlich Hämodialysen (Blutreinigung), Implantation von getunnelten Dialysekathetern.*
- 24 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

B-[0100-02].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2345
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100-02].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	139
2	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	133
3	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	126
4	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	121
5	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	92
6	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	89
7	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	75
8	I21.41	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt	64
9	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	63
10	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	57
11	R55	Synkope und Kollaps	55
12	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	52
13	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	51
14	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	40
15	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	35
16	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	34
17	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	33
18	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	30
19	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	28
20	E86	Volumenmangel	27
21	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	27
22	I63.9	Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet	26
23	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	25
24	I20.0	Instabile Angina pectoris	24
25	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	22

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
26	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	21
27	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	21
28	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	20
29	I35.0	Aortenklappenstenose	20
30	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	20

B-[0100-02].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	358
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	288
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	274
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	198
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	109
6	I20	Angina pectoris	100
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	74
8	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	66
9	R55	Synkope und Kollaps	55
10	R07	Hals- und Brustschmerzen	46
11	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	45
12	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	44
13	I63	Hirnfarkt	32
14	J20	Akute Bronchitis	32
15	E86	Volumenmangel	27
16	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	27
17	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	26
18	I11	Hypertensive Herzkrankheit	26
19	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	23
20	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	23
21	I26	Lungenembolie	22
22	N17	Akutes Nierenversagen	21
23	I42	Kardiomyopathie	19
24	R42	Schwindel und Taumel	17
25	I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	15
26	J16	Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert	15
27	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	15
28	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	15
29	I47	Paroxysmale Tachykardie	14
30	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	13

B-[0100-02].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[0100-02].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	742
2	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	414
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	371
4	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	363
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	347
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	316
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	225
8	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	209
9	3-202	Native Computertomographie des Thorax	202
10	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	193
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	192
12	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	185
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	179
14	8-83b.07	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer	165
15	1-710	Ganzkörperplethysmographie	148
16	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	143
17	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	126
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	124
19	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	122
20	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	120
21	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	108
22	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	98
23	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	98

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	96
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	92
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	91
27	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	85
28	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	78
29	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	76
30	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	72

B-[0100-02].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1085
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	967
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	913
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	858
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	371
6	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	225
7	3-202	Native Computertomographie des Thorax	202
8	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	193
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	192
10	1-710	Ganzkörperplethysmographie	148
11	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	143
12	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	131
13	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	130
14	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	122
15	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	122
16	9-401	Psychosoziale Interventionen	120
17	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	108
18	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	103
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	92
20	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	78
21	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	72
22	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	65
23	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	63
24	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	63
25	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	61
26	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	56
27	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	55

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
28	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	55
29	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	54
30	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	42

B-[0100-02].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-02].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM10 - Medizinisches	Kardiologie
1	Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	<i>Die Praxis ist am Standort Sömmerda etabliert. Es werden alle Formen von Herzerkrankungen behandelt.</i> Zentrale Notaufnahme
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>

B-[0100-02].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0100-02].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100-02].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	8
2	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
3	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	< 4
4	5-378.5b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	< 4

B-[0100-02].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	9
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4

B-[0100-02].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0100-02].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-02].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		12,92	Fälle je VK/Person	181,501556
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,92

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		7,09	Fälle je VK/Person	330,747528
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,09

B-[0100-02].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ23 - Innere Medizin
- 2 AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[0100-02].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF15 - Intensivmedizin
- 2 ZF28 - Notfallmedizin

B-[0100-02].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt		22,6	Fälle je VK/Person	103,761063
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,6

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

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	1172,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2345
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	1172,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	2345
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[0100-02].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 4 PQ20 - Praxisanleitung
- 5 PQ22 - Intermediate Care Pflege

B-[0100-02].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP08 - Kinästhetik

B-[0100-02].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100] Allgemeine Innere

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

Allgemeine Innere

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Allgemeine Innere

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart	Leitender Arzt / Leitende Ärztin
Leitungsart	

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Axel Pleßmann
Telefon	03634 52 1518
Fax	03634 52 1026
E-Mail	a.plessmann@kmg-kliniken.de
Strasse	Bahnhofstraße
Hausnummer	36
PLZ	99610
Ort	Sömmerda

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

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

Vollstationäre Fallzahl	170
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	24
2	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	10
3	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	8
4	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	7
5	A49.1	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	5
6	S06.0	Gehirnerschütterung	5
7	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	< 4
8	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	< 4
9	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
10	K29.1	Sonstige akute Gastritis	< 4
11	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	< 4
12	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	< 4
13	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	< 4
14	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	< 4
15	M54.5	Kreuzschmerz	< 4
16	T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden	< 4
17	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
19	R55	Synkope und Kollaps	< 4
20	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	< 4
21	T78.3	Angioneurotisches Ödem	< 4
22	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	< 4
23	J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	< 4
24	R18	Aszites	< 4
25	S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	< 4
26	T62.8	Toxische Wirkung: Sonstige näher bezeichnete schädliche Substanzen, die mit der Nahrung aufgenommen wurden	< 4
27	T79.3	Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	S42.00	Fraktur der Klavikula: Teil nicht näher bezeichnet	< 4
29	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
30	S06.21	Diffuse Hirnkontusionen	< 4

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	24
2	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	10
3	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8
5	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	7
6	S06	Intrakranielle Verletzung	6
7	K29	Gastritis und Duodenitis	5
8	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	5
9	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	4
10	I50	Herzinsuffizienz	4
11	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
12	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	< 4
13	M54	Rückenschmerzen	< 4
14	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
15	R18	Aszites	< 4
16	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
17	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	< 4
18	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	< 4
19	R55	Synkope und Kollaps	< 4
20	J20	Akute Bronchitis	< 4
21	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
23	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	< 4
24	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	< 4
25	T63	Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren	< 4
26	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
27	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	< 4
28	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
29	G40	Epilepsie	< 4
30	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	< 4

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	49
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	35
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	30
4	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	27
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	24
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	20
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	18
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	12
9	3-202	Native Computertomographie des Thorax	11
10	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	10
11	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	8
12	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	6
13	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	6
14	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	5
15	3-206	Native Computertomographie des Beckens	4
16	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	4
17	3-201	Native Computertomographie des Halses	4
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	4
19	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	4
20	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4
21	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
22	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
23	8-83b.bx	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Sonstige Ballons	< 4
24	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	< 4
25	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	< 4
26	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	< 4
27	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	< 4
28	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	< 4
29	8-148.0	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum	< 4
30	1-654.y	Diagnostische Rektoskopie: N.n.bez.	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	129
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	49
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	20
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	18
5	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	12
6	3-202	Native Computertomographie des Thorax	11
7	9-401	Psychosoziale Interventionen	11
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	9
9	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	6
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	6
11	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	5
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	4
13	3-206	Native Computertomographie des Beckens	4
14	3-201	Native Computertomographie des Halses	4
15	1-650	Diagnostische Koloskopie	4
16	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	4
17	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	4
18	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4
19	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	< 4
20	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	< 4
21	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	< 4
22	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
23	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	< 4
24	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
25	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	< 4
26	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
27	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	< 4
28	1-654	Diagnostische Rektoskopie	< 4
29	3-058	Endosonographie des Rektums	< 4
30	5-454	Resektion des Dünndarmes	< 4

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	1,2	Fälle je VK/Person	141,666656
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,2

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

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ23 - Innere Medizin

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
1 ZF28 - Notfallmedizin

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

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

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

B-[1600-02] Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie

B-[1600-02].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie
Die Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie ist bei Unfällen und akuten Verletzungen des Bewegungsapparates die richtige Anlaufstelle.	
Unser breites Leistungsspektrum lässt uns eine Versorgung von Jung bis Alt über den Sport- und Arbeitsunfall hinaus auf orthopädischem und unfallchirurgischem Gebiet gewährleisten. Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ist uns sehr wichtig.	

B-[1600-02].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1600 - Unfallchirurgie

B-[1600-02].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart	
Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Torsten Eichhorn
Telefon	03634 52 1421
Fax	03634 52 1130
E-Mail	t.eichhorn@kmg-kliniken.de
Strasse	Bahnhofstraße
Hausnummer	36
PLZ	99610
Ort	Sömmerda
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-soemmerda/

B-[1600-02].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-[1600-02].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
- 2 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
- 3 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 4 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
- 5 VC69 - Verbrennungschirurgie
- 6 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 7 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
- 8 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 9 VO16 - Handchirurgie
- 10 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
- 11 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 12 VC71 - Notfallmedizin
VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
- 13 *operative Versorgung von degenerativen Erkrankungen, Entzündungen, Frakturen und Tumoren der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule;
konservative Therapie der gesamten Wirbelsäule inklusive ambulanter radiologisch gestützter Infiltrationsbehandlungen*
- 14 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC66 - Arthroskopische Operationen
- 15 *Schulter-, Knie- und Sprunggelenk sowie endoskopische Eingriffe an der Wirbelsäule und des Beckens*
- 16 VO15 - Fußchirurgie
- 17 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 18 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
- 19 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VO14 - Endoprothetik
- 20 *Endoprothetik des Knie-, Hüft- und Schultergelenkes sowie Revisionsendoprothetik*
- 21 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
- 22 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- 23 VC30 - Septische Knochenchirurgie
VO12 - Kinderorthopädie
- 24 *betrifft lediglich Kindertraumatologie ab 4 Jahre*
- 25 VC63 - Amputationschirurgie
- 26 VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
- 27 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 28 VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
- 29 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- 30 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 31 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 32 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- 33 VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
- 34 VO19 - Schulterchirurgie
- 35 VO21 - Traumatologie
- 36 VI40 - Schmerztherapie

- # Medizinische Leistungsangebote
- 37 VO13 - Spezialsprechstunde
Wirbelsäulen-Sprechstunde und orthopädische/endoprothetische Sprechstunde im Haus
- 38 VO17 - Rheumachirurgie
- 39 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 40 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 41 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
- 42 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
- 43 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- 44 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien

B-[1600-02].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1476
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600-02].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	87
2	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	81
3	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	79
4	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	67
5	M54.17	Radikulopathie: Lumbosakralbereich	66
6	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	63
7	S06.0	Gehirnerschütterung	48
8	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	28
9	M42.16	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich	27
10	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	27
11	M54.4	Lumboischialgie	21
12	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	20
13	S82.82	Trimalleolarfraktur	17
14	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	17
15	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	15
16	S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur	14
17	S20.2	Prellung des Thorax	13
18	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	13
19	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	12
20	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	11
21	M23.20	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Mehrere Lokalisationen	11
22	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	11
23	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	11
24	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	11
25	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	10
26	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	9

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
27	S82.0	Fraktur der Patella	9
28	M70.2	Bursitis olecrani	9
29	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	9
30	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	9

B-[1600-02].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	105
2	S52	Fraktur des Unterarmes	104
3	M48	Sonstige Spondylopathien	96
4	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	90
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	85
6	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	83
7	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	70
8	S72	Fraktur des Femurs	67
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	66
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	62
11	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	57
12	S06	Intrakranielle Verletzung	57
13	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	51
14	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	33
15	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	30
16	L03	Phlegmone	20
17	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	17
18	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	16
19	M47	Spondylose	15
20	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	14
21	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	13
22	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	12
23	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	12
24	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	12
25	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	11
26	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	10
27	M75	Schulterläsionen	10
28	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	10
29	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	9
30	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	8

B-[1600-02].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[1600-02].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	234
2	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	176
3	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	174
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	167
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	156
6	3-201	Native Computertomographie des Halses	140
7	5-984	Mikrochirurgische Technik	98
8	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	95
9	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	94
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	94
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	93
12	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	92
13	5-032.02	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: Mehr als 2 Segmente	87
14	5-832.0	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Spondylophyt	86
15	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	84
16	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	84
17	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	78
18	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	77
19	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	76
20	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	74
21	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	72
22	5-830.0	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Debridement	70
23	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	65
24	5-034.7	Inzision von Rückenmark und Rückenmarkshäuten: Durchtrennung einer Nervenwurzel (Rhizotomie, Radikulotomie)	64
25	5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenervation	62
26	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	60
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	59
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	59

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-811.4x	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Sonstige	57
30	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	54

B-[1600-02].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	550
2	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	369
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	234
4	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	226
5	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	218
6	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	186
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	176
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	174
9	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	151
10	3-201	Native Computertomographie des Halses	140
11	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	134
12	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	126
13	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	119
14	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	115
15	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	111
16	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	106
17	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	101
18	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	99
19	5-984	Mikrochirurgische Technik	98
20	5-986	Minimalinvasive Technik	95
21	3-206	Native Computertomographie des Beckens	94
22	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	93
23	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	92
24	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	89
25	5-916	Temporäre Weichteildeckung	88
26	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	84
27	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	83
28	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	72
29	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	72
30	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	72

B-[1600-02].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[1600-02].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM09 - D-	BG Ambulanz
1	Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	<i>Die BG-Ambulanz ist ausschließlich für Patienten eingerichtet, die einen Arbeits- oder sogenannten Wegeunfall erlitten haben.</i> Zentrale Notaufnahme
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>In der interdisziplinären Notaufnahme ist rund um die Uhr ein eingespieltes Team von Fachärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen tätig. Es trägt Sorge, dass durch fachübergreifendes, gemeinsames Vorgehen von Anfang an keine Zeit versäumt wird und unsere Patienten jederzeit optimal betreut werden.</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
4	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz Chefarzt Dr. Eichhorn

B-[1600-02].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[1600-02].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**

B-[1600-02].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	39
2	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	33
3	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	29
4	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	20
5	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	20
6	5-841.10	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Radiokarpalband	17
7	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	16
8	5-038.20	Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Temporärer Katheter zur Testinfusion	13
9	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	11
10	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	10
11	5-841.15	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	8
12	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	8
13	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	6
14	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	5
15	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	5
16	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	5
17	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	5
18	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	5
19	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	5
20	5-787.3v	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Metatarsale	4
21	5-787.00	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Klavikula	4
22	5-787.09	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Ulna distal	4
23	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	4
24	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	< 4
25	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 4
26	5-796.1b	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	< 4
27	5-787.27	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal	< 4
28	5-795.kv	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metatarsale	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
29	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	< 4
30	8-201.4	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroulnargelenk	< 4

B-[1600-02].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	120
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	75
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	53
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	20
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	18
6	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	18
7	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	14
8	5-038	Operationen am spinalen Liquorsystem	13
9	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	12
10	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	11
11	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	10
12	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	5
13	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	4
14	5-849	Andere Operationen an der Hand	4
15	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
16	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
17	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
18	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
19	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
20	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
21	5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	< 4
22	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
23	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
24	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
25	5-845	Synovialektomie an der Hand	< 4
26	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
27	5-819	Andere arthroskopische Operationen	< 4

B-[1600-02].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung Ja

B-[1600-02].11 Personelle Ausstattung**B-[1600-02].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,71	Fälle je VK/Person	169,460388
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,71
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,92	Fälle je VK/Person	300
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,92

B-[1600-02].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[1600-02].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
1 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
2 ZF28 - Notfallmedizin

B-[1600-02].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt		8,39	Fälle je VK/Person	175,9237
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,39

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,97	Fälle je VK/Person	1521,64941
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

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

Gesamt		0,65	Fälle je VK/Person	2270,76929
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,65

B-[1600-02].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-[1600-02].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP01 - Basale Stimulation
- 2 ZP02 - Bobath
- 3 ZP08 - Kinästhetik

B-[1600-02].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	102
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	102
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	23
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	23
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

Fallzahl	12
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	12
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

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

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	151
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	59
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	225
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	104
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	55
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	105
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	104
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

CHE - Cholezystektomie

Fallzahl	239
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	106
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	395
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	184
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	273
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	129
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	261
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	90
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	21
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	11
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	225
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	82
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	216
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	73
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl	855
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	854
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. 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
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 4,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,15 (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 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
	<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 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> <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> <p>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>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	1,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,59 - 3,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 1,24 (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. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 4,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,26 (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. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
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 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> <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</p>

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	3,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,53 - 6,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	2,04
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5. 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
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 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>

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	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,83 - 3,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	3,76
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

6. 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
	<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 Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

„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

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 1,70
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

7. 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
	<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</p>

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,29 - 4,50
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

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
	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 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,02 - 1,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7102
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	31,21
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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	0,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 0,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7102
Beobachtete Ereignisse	35

10. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	0,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7102
Beobachtete Ereignisse	6

11. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
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	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

12. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich 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	0,00

Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
------------------------------	-------------

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

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	A71
---------------------------------------	-----

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**51906**

Leistungsbereich

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

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 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,24

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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 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	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 20,00

Fallzahl

Grundgesamtheit 11

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

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

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

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

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
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	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
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
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	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
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
	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	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
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	U62
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
	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
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
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

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	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	90
Vertrauensbereich Krankenhaus	61,87 - 98,90
Fallzahl	

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	9
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\geq 81,46\%$ (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	<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	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 4,46\%$ (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
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	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
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 zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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

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 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	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 0,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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 zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

54016

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,37

Fallzahl

Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,54

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,96
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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 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

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	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,09 - 4,54
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	2,59
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,53 - 4,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,34 - 1,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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/> 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

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,11

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

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/> 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

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,46 - 2,68

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****54012**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 1,67

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,54
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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

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 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
Rechnerisches Ergebnis	1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 3,37
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)

Ergebnis-ID	10271
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 Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,15 - 5,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	2,08
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
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
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	7,57
Vertrauensbereich bundesweit	7,37 - 7,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 15,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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	54033
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 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

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	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 1,31
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,37 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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

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 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	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 4,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

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

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 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 1,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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
	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 Das Qualitätsergebnis ist
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,71 - 4,26
Fallzahl	
Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,23

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
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75
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	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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	0,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 2,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,12 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. 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	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 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.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	98,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,56 - 99,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	83
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	131802
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
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
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	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

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	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	5,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 29,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 53,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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

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/> 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
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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/> 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	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,09 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
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
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43
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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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	0,76
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 31,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 14,31

Fallzahl

Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	0
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
	<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 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> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,03 - 0,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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
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 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; 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	99,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,79 - 99,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	394
Beobachtete Ereignisse	391
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
	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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	3,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,54 - 9,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	102
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
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
	<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 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> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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
	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 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	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 6,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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

Bezug zum Verfahren

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 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

1,37

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,49 - 2,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,65

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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 2195

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 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 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/> 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	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,29
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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
Rechnerisches Ergebnis	93,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,18 - 98,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	14
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
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
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
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
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
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
	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 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	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. 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

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. 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/> 0,82

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,40

Fallzahl

Grundgesamtheit	78
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,57

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. 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

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	98,65
Vertrauensbereich bundesweit	98,57 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	98,41
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,82 - 99,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	62

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. 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

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

212000

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

96,20

Vertrauensbereich bundesweit

95,73 - 96,62

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

>= 94,85 % (5. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. 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**212001**

Leistungsbereich

MC - Operation an der Brust

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

Einheit	%
Bundesergebnis	88,66
Vertrauensbereich bundesweit	88,27 - 89,05
Rechnerisches Ergebnis	66,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	46,77 - 82,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	16
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 70,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. 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	52330
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	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,73 - 99,04
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,15 - 99,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	11
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

70. 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	52279
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	98,97
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,03 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	30

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

71. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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/>

Einheit	%
Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

72. 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

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	3,04
Vertrauensbereich bundesweit	2,62 - 3,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 5,00 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. 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

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

97,33

Vertrauensbereich bundesweit

97,14 - 97,51

Rechnerisches Ergebnis

94,74

Vertrauensbereich Krankenhaus

77,93 - 99,43

Fallzahl

Grundgesamtheit

19

Beobachtete Ereignisse

18

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

>= 90,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

74. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID

51370

Leistungsbereich

MC - Operation an der Brust

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

Einheit	%
Bundesergebnis	1,64
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 1,75
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75. 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	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
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	99,63
Vertrauensbereich bundesweit	99,58 - 99,68
Rechnerisches Ergebnis	97,73

Vertrauensbereich Krankenhaus 89,87 - 99,75

Fallzahl

Grundgesamtheit 44

Beobachtete Ereignisse 43

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich $\geq 98,69$ % (5. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

76. 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

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 80,10

Vertrauensbereich bundesweit 79,81 - 80,39

Rechnerisches Ergebnis 94,92

Vertrauensbereich Krankenhaus 87,05 - 98,55

Fallzahl

Grundgesamtheit 59

Beobachtete Ereignisse 56

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich $\geq 38,35$ % (5. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. 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
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	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Rechnerisches Ergebnis	78,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	62,80 - 89,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	26
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. 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
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	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
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 Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	56008
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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,28
Fallzahl	
Grundgesamtheit	904
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
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	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Rechnerisches Ergebnis	92,31

Vertrauensbereich Krankenhaus	82,74 - 97,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	48
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

81. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (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 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 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	

das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,47 - 3,11

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
-----------------	----

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

82. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (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 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 Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA

Fachlicher Hinweis IQTIG

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.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 3,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
-----------------	----

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

83. 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	83,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,06 - 87,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	86
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

84. 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
	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	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	82,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,09 - 85,17

Fallzahl

Grundgesamtheit	86
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

85. 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 machten

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	

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	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	78,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,75 - 80,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	86
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

86. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID	56106
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

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	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	70,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,80 - 75,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	42
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

87. 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	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 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	90
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,29 - 97,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
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

88. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen
Ergebnis-ID **56108**

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 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	72,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,14 - 80,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	42
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

89. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Ergebnis-ID

56109

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 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

84,20

Vertrauensbereich bundesweit

84,01 - 84,39

Rechnerisches Ergebnis

86,86

Vertrauensbereich Krankenhaus

80,24 - 92,31

Fallzahl

Grundgesamtheit

42

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

90. 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	92,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,45 - 99,36
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
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

91. 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</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	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Rechnerisches Ergebnis	75,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,24 - 79,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	86
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

92. 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	54,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	47,91 - 60,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	24
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

93. 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
	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
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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	47,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	33,01 - 62,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
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

94. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße 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 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	96,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,74 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	13
-----------------	----

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

95. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID

56115

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

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 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	74,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	66,25 - 82,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	86
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
96. 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
	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	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	93,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,85 - 97,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	86
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
97. 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 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.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 - 1,96
Fallzahl	
Grundgesamtheit	42
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

98. 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
	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	
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,59 - 1,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
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

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

Keine Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen 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	75
-----------------	----

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
---------------------------------------	----

Prüfung durch Landesverbände	Ja
------------------------------	----

Leistungsmenge im Berichtsjahr	75
--------------------------------	----

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	85
--	----

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
---------------------------------------	----

Prüfung durch Landesverbände	Ja
------------------------------	----

Leistungsmenge im Berichtsjahr	83
--------------------------------	----

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	100
--	-----

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

CQ07: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen

1 – Perinataler Schwerpunkt

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	40
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	3
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	1

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation (SMD INT) - Tagschicht	91,67 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (SMD INT) - Nachtschicht	91,67 %
3	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 2 (SMD FRA-GEB) - Tagschicht	16,67 %
4	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 2 (SMD FRA-GEB) - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SMD) - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SMD) - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - Station 5 (SMD GASTRO) - Tagschicht	100 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - Station 5 (SMD GASTRO) - Nachtschicht	100 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - Station 6 (SMD Kardio) - Tagschicht	83,33 %
10	Innere Medizin, Kardiologie - Station 6 (SMD Kardio) - Nachtschicht	91,67 %
11	Innere Medizin, Kardiologie - Station 7a (SMD IMC) - Tagschicht	100 %
12	Innere Medizin, Kardiologie - Station 7a (SMD IMC) - Nachtschicht	100 %
13	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 7B (SMD) - Tagschicht	100 %
14	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 7B (SMD) - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation (SMD INT) - Tagschicht	75,96 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (SMD INT) - Nachtschicht	80,87 %
3	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 2 (SMD FRA- GEB) - Tagschicht	25,69 %
4	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 2 (SMD FRA- GEB) - Nachtschicht	82,26 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SMD) - Tagschicht	92,68 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SMD) - Nachtschicht	92,94 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - Station 5 (SMD GASTRO) - Tagschicht	85,79 %
8	Innere Medizin, Kardiologie - Station 5 (SMD GASTRO) - Nachtschicht	98,09 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - Station 6 (SMD Kardio) - Tagschicht	64,75 %
10	Innere Medizin, Kardiologie - Station 6 (SMD Kardio) - Nachtschicht	87,16 %
11	Innere Medizin, Kardiologie - Station 7a (SMD IMC) - Tagschicht	100 %
12	Innere Medizin, Kardiologie - Station 7a (SMD IMC) - Nachtschicht	99,73 %
13	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 7B (SMD) - Tagschicht	74,59 %
14	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 7B (SMD) - Nachtschicht	84,97 %

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

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

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

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein