



Strukturierter Qualitätsbericht 2023

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



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	13
	Einleitung	13
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	15
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	15
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts	15
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	15
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	17
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	17
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	17
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	18
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	20
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	21
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	21
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	21
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	22
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	22
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	22
A-9	Anzahl der Betten	22
A-10	Gesamtfallzahlen	23
A-11	Personal des Krankenhauses	23
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	23
A-11.2	Pflegepersonal	23
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	25

A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	25
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	25
A-12.1	Qualitätsmanagement	25
A-12.1.1	Verantwortliche Person	26
A-12.1.2	Lenkungsgremium	26
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	26
A-12.2.1	Verantwortliche Person	26
A-12.2.2	Lenkungsgremium	26
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	26
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	28
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	28
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	29
A-12.3.1	Hygienepersonal	29
A-12.3.1.1	Hygienekommission	29
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	30
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	30
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	30
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	31
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	31
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	32
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	32
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	33
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	33
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	33
A-12.5.2	Verantwortliche Person	34

A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	34
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	34
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	35
A-13	Besondere apparative Ausstattung	36
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	36
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	36
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	37
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	37
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	37
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	38
B-[1500-03]	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	38
B-[1500-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	38
B-[1500-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	40
B-[1500-03].1.2	Ärztliche Leitung	40
B-[1500-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[1500-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[1500-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[1500-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	42
B-[1500-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	43
B-[1500-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	43
B-[1500-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-[1500-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	45
B-[1500-03].7.2	Kompetenzprozeduren	45
B-[1500-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	45
B-[1500-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	46

B-[1500-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	46
B-[1500-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	46
B-[1500-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	47
B-[1500-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	47
B-[1500-03].11	Personelle Ausstattung	48
B-[1500-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	48
B-[1500-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	48
B-[1500-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	48
B-[1500-03].11.2	Pflegepersonal	48
B-[1500-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	49
B-[1500-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	49
B-[1500-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	49
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2400-03]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	50
B-[2400-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[2400-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	50
B-[2400-03].1.2	Ärztliche Leitung	50
B-[2400-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	50
B-[2400-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	51
B-[2400-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[2400-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	52
B-[2400-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	53
B-[2400-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	53
B-[2400-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	54
B-[2400-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	55
B-[2400-03].7.2	Kompetenzprozeduren	55

B-[2400-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	56
B-[2400-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	56
B-[2400-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	56
B-[2400-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	56
B-[2400-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	57
B-[2400-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	57
B-[2400-03].11	Personelle Ausstattung	58
B-[2400-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	58
B-[2400-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	58
B-[2400-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	58
B-[2400-03].11.2	Pflegepersonal	58
B-[2400-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	59
B-[2400-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	59
B-[2400-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	59
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[0200-03]	Klinik für Geriatrie	60
B-[0200-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[0200-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	60
B-[0200-03].1.2	Ärztliche Leitung	60
B-[0200-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	61
B-[0200-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	61
B-[0200-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[0200-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	65
B-[0200-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	66
B-[0200-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	66
B-[0200-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	67

B-[0200-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	68
B-[0200-03].7.2	Kompetenzprozeduren	68
B-[0200-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	68
B-[0200-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	69
B-[0200-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	69
B-[0200-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	69
B-[0200-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	69
B-[0200-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	69
B-[0200-03].11	Personelle Ausstattung	69
B-[0200-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	69
B-[0200-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	69
B-[0200-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	69
B-[0200-03].11.2	Pflegepersonal	70
B-[0200-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	70
B-[0200-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	70
B-[0200-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	71
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[0100-03]	Klinik für Innere Medizin	72
B-[0100-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-[0100-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	72
B-[0100-03].1.2	Ärztliche Leitung	72
B-[0100-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	72
B-[0100-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	73
B-[0100-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[0100-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	75

B-[0100-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	76
B-[0100-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	76
B-[0100-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	77
B-[0100-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	78
B-[0100-03].7.2	Kompetenzprozeduren	78
B-[0100-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	79
B-[0100-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	79
B-[0100-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	79
B-[0100-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	79
B-[0100-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	79
B-[0100-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	80
B-[0100-03].11	Personelle Ausstattung	80
B-[0100-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	80
B-[0100-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	80
B-[0100-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	80
B-[0100-03].11.2	Pflegepersonal	80
B-[0100-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	81
B-[0100-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	81
B-[0100-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	81
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3600-03]	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	82
B-[3600-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[3600-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	82
B-[3600-03].1.2	Ärztliche Leitung	82
B-[3600-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	83
B-[3600-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	83

B-[3600-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	84
B-[3600-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	85
B-[3600-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	86
B-[3600-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	86
B-[3600-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	87
B-[3600-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	88
B-[3600-03].7.2	Kompetenzprozeduren	89
B-[3600-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	89
B-[3600-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	89
B-[3600-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	89
B-[3600-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	89
B-[3600-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	89
B-[3600-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	89
B-[3600-03].11	Personelle Ausstattung	89
B-[3600-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	89
B-[3600-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	89
B-[3600-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	90
B-[3600-03].11.2	Pflegepersonal	90
B-[3600-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	90
B-[3600-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	91
B-[3600-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	91
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1600-03]	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	92
B-[1600-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	92
B-[1600-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	92
B-[1600-03].1.2	Ärztliche Leitung	92

B-[1600-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	92
B-[1600-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	93
B-[1600-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	93
B-[1600-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	94
B-[1600-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	95
B-[1600-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	95
B-[1600-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	96
B-[1600-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	97
B-[1600-03].7.2	Kompetenzprozeduren	98
B-[1600-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	98
B-[1600-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	98
B-[1600-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	98
B-[1600-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	99
B-[1600-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	100
B-[1600-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	100
B-[1600-03].11	Personelle Ausstattung	100
B-[1600-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	101
B-[1600-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	101
B-[1600-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	101
B-[1600-03].11.2	Pflegepersonal	101
B-[1600-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	102
B-[1600-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	102
B-[1600-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	102
B-[2200]	Belegabteilung für Urologie	103
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	103

B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	103
B-[2200].1.2	Ärztliche Leitung	103
B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	103
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	104
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	104
B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	105
B-[2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	105
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen	105
B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	105
B-[2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	106
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren	106
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	106
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	106
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	106
B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	106
B-[2200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	106
B-[2200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	107
B-[2200].11	Personelle Ausstattung	107
B-[2200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	107
B-[2200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	107
B-[2200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	107
B-[2200].11.2	Pflegepersonal	107
B-[2200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	107
B-[2200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	107
B-[2200].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	194
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	194
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	194
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	195
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	195
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	195
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	195
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	196
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	197
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	197
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	197
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	198
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	199

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 unser Patient*innen, Bewohner*innen und Klient*innen zu verbessern und zu erhalten. Der Kern unseres Selbstverständnisses ist die Kombination einer hochqualifizierten medizinischen und pflegerischen Versorgung mit einer familiären Atmosphäre in unseren Einrichtungen.

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

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

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

Einleitung

Das KMG Klinikum Sondershausen verfügt über 166 Betten und Plätze in 6 Fachabteilungen und einer Belegabteilung für Urologie. Hoch qualifizierte und motivierte Ärzt*innen, Pflegekräfte und Therapeut*innen kümmern sich mit hoher Zuwendung um die Gesundheit und das Wohl der Patient*innen. Im Jahr werden im KMG Klinikum Sondershausen knapp 6.000 Patient*innen stationär behandelt. Über 9.500 Behandlungen werden ambulant durchgeführt. Das Krankenhaus ist mit neuester Medizintechnik zur Diagnostik und Therapie hoch funktional ausgestattet. Darüber hinaus ist im Klinikum eine Radiologische Praxis untergebracht.

Zusammen mit den unmittelbar in der Region gelegenen KMG Kliniken in Bad Frankenhausen und Sömmerda bildet das KMG Klinikum Sondershausen nach einem Trägerwechsel der 3 Kliniken in Thüringen, seit dem 01.07.2019, ein Netzwerk. So erhalten die Patient*innen Gesundheit aus einer Hand.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Diana Richter
Telefon	03632 67 1171
Fax	03632 67 1016
E-Mail	d.richter@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Alexandra Lenk-Schiede
Telefon	03634 52 1582

Fax

03634 52 1228

E-Mail

a.lenk-schiede@kmg-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses

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

Link zu weiteren Informationen zu diesem

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

Qualitätsbericht

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Klinikum Sondershausen
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
Straße	Hospitalstrasse
Hausnummer	2
IK-Nummer	261601145
Standort-Nummer	773340000
Standort-Nummer alt	3
Telefon-Vorwahl	03632
Telefon	670
E-Mail	sondershausen@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

KMG Klinikum Sondershausen

PLZ	99706
Ort	Sondershausen
Straße	Hospitalstraße
Hausnummer	2
IK-Nummer	261601145
Standort-Nummer	773340000
Standort-Nummer alt	3
Standort-URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

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

Verwaltungsleitung

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

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
-------------------------------	-------------------

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

Ärztliche Leitung

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

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Kluge
Telefon	036471 65 205
Fax	034671 65 129
E-Mail	o.kluge@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Pflegedienstleitung

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

Pflegedienstleitung

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

Leitung des Standorts

KMG Klinikum Sondershausen - Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Diana Richter
Telefon	03632 67 1016
Fax	03632 67 1016

E-Mail diana.richter@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Sondershausen - Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor und Chefarzt

Titel, Vorname, Name Dr. med. Oliver Altenkirch

Telefon 03632 67 1101

Fax 03632 67 1017

E-Mail o.altenkirch@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Sondershausen - Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung

Titel, Vorname, Name Katrin Fischer

Telefon 03632 67 511201

Fax 03632 67 1201

E-Mail katrin.fischer@kmg-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers KMG Klinikum Thüringen Brandenburg GmbH

Träger-Art privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Friedrich-Schiller-Universität Jena

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
MP63 - Sozialdienst
- 1 *Der Sozialdienst ergänzt die ärztliche und pflegerische Betreuung im Krankenhaus. Er gewährleistet mit seinem breiten Leistungsspektrum Hilfe in allen Fragen zur Entlassung und Weiterbehandlung.*
MP37 - Schmerztherapie/-management
- 2 *Neben medikamentösen Therapiestrategien, regionalen und lokalen invasiven Verfahren ("Schmerzkatheter") und TENS-Anwendung kommt auch Akupunktur zum Einsatz.*
MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
- 3 *Eine Rückenschule ist in der Gesundheitseinrichtung fachübergreifend durch die Abteilung der Physiotherapie möglich.*
MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 4 *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
- 5 *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.*
MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
- 6 *Ein spezielles Case Management wird angewendet.*
MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter
- 7 **Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege**
Im Rahmen des Entlassungsmanagements kooperieren wir eng mit stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.
MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
- 8 *Die Bewegungstherapie bildet die Hauptaufgabe der Physiotherapie und umfasst alle Behandlungsmethoden und -techniken.*
MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
- 9 *Sowohl die Hebammen unserer Einrichtung als auch die freiberuflichen Hebammen bieten Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse an.*
MP51 - Wundmanagement
- 10 *qualifizierte Wundexperten gewährleisten die professionelle Behandlung und Beratung zu allen Fragen der Wundbehandlung*
MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 11 *Dies ist eine Behandlungsmaßnahme der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe.*
MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
- 12 *Die Durchführung von Wochenbett- und Rückbildungsgymnastik ist Aufgabe der Mitarbeiter der Physiotherapie.*
MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 13 *Das Ziel - größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im Alltags-, Schul- und Berufsleben - wird mittels verschiedener ergotherapeutischer Maßnahmen verfolgt. Hierfür bieten wir u. a. eine Lehrküche und eine Werkstatt an.*
MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- 14 *Die manuelle Lymphdrainage ist die Leistung unserer Abteilung Physiotherapie.*
MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
- 15 *Mit regelmäßig stattfindenden Kursen werden Informationen und Wissenswertes rund um die Geburt, zur Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung etc. geboten.*

Med.pfleg. Leistungsangebot
MP06 - Basale Stimulation

16 *Die Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit schwer beeinträchtigter Menschen wird durch körperbezogene Kommunikation gefördert. Mit einfachen Möglichkeiten wird versucht, den Kontakt zu diesen Menschen aufzunehmen, um ihnen den Zugang zu ihrer Umgebung und ihren Mitmenschen zu ermöglichen.*

17 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare

Unser Sozialdienst berät Angehörige in allen Fragen der Entlassung, Weiterbehandlung und Brückenpflege.

MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

18 *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.*

MP62 - Snoezelen

19 *In unserer Geriatrie bieten wir für unsere Patienten einen eigenen Snoezelbereich an. Hierbei wird eine multisensorische Reizeinwirkung erzielt, die Anregung der Sinne gezielt gefördert sowie eine strukturierte Therapie ermöglicht.*

MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining

20

Diese Leistungsangebote werden in der Fachabteilung Geriatrie durch Ergotherapeuten angeboten.

MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

21

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

MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

22

Eine Diabetesassistentin steht zur Behandlung eines Diabetes mellitus zur Verfügung.

MP43 - Stillberatung

23

Die Hebammen und Krankenschwestern der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe unterstützen in allen Fragen rund um das Stillen. Eine Mitarbeiterin befindet sich in der Qualifikationsmaßnahme mit dem Schwerpunkt "Laktation und Stillen".

MP36 - Säuglingspflegekurse

24

Werdende Eltern erhalten zahlreiche Tipps und Informationen über die notwendige Erstausrüstung und den richtigen Umgang mit dem Neugeborenen.

MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie

25

Wir bieten unseren Patienten die Möglichkeit einer externe Logopädin (sie ist Teil des geriatrischen Teams).

MP04 - Atemgymnastik/-therapie

26

Die Atemtherapie wird bei Erkrankungen und Funktionsstörungen der Lunge und des Stimmapparates angewendet. Die Leistungen werden von der Pflege und der Physiotherapie erbracht.

MP45 - Stomatherapie/-beratung

27

Die Betreuung und Beratung von Patienten ist durch speziell geschultes Personal und ärztliche Mitarbeiter gegeben.

MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

28

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

29

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

MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst

30

Bei Bedarf steht konsiliarisch ein Psychologe und der Psychosozialdienst extern zur Verfügung.

MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen

31

Im Bereich der Geriatrie wird die Schlucktherapie angeboten.

MP02 - Akupunktur

32

In unserer Einrichtung wird Akupunktur im Rahmen der Geburtsvorbereitung angewendet.

33 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 34 MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
 - Babymassage*
- 35 MP18 - Fußreflexzonenmassage
- 36 MP25 - Massage
- 37 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
 - wird über speziell ausgebildetes Personal angeboten*
- 38 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
- 39 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- 1 NM02: Ein-Bett-Zimmer
 - Es stehen mehrere Einzelzimmer zur Verfügung. Bei ausreichender Kapazität kann dieses Angebot ermöglicht werden.*
- 2 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
 - Unsere Einrichtung kann mittels einer eigenen Küche durch kurze Informationswege schnell und unkompliziert auf Sonderwünsche reagieren.*
- 3 NM05: Mutter-Kind-Zimmer
 - Ein Mutter-Kind-Zimmer wird je nach Auslastung unserer Klinik angeboten.*
- 4 NM10: Zwei-Bett-Zimmer
 - Eine Zwei-Bett-Belegung ist Standard in unserer Klinik, wenn von den Patienten keine andere Belegungsform gewünscht wird.*
- 5 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
 - Alle Patientenzimmer des Krankenhauses sind mit einer eigenen Nasszelle ausgestattet.*
- 6 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
 - Dieses Leistungsangebot wird über externe Beauftragte gewährleistet.*
- 7 NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
 - Je nach Verfügbarkeit kann die Mitaufnahme einer Begleitperson (Übernachtung und Verpflegung) auf Selbstzahlbasis erfolgen.*
- 8 NM07: Rooming-in
 - Rooming-in ist auf der Geburtshilfe generell integriert.*
- 9 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
 - Alle Patientenzimmer des Krankenhauses sind mit einer eigenen Nasszelle versehen.*
- 10 NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
 - Auf der Website des Krankenhauses stehen Informationen zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten bereit.*
- 11 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
 - Dieses Leistungsangebot wird durch unseren Sozialdienst gewährleistet.*
- 12 NM68: Abschiedsraum
 - Bei Bedarf stellen wir sehr gern entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung.*

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialdienst
Titel, Vorname, Name	Mandy Gepel
Telefon	03632 67 511234
Fax	03632 67 1236
E-Mail	m.gepel@kmg-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
Barrierefreie Patientenzimmer inkl. Nasszellen stehen in unserem Krankenhaus zur Verfügung.
- 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.
- BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 3 *Unsere Klinik ist größtenteils barrierefrei gestaltet. Wenn es notwendig ist, stehen unsere Mitarbeiter generell unterstützend zur Verfügung.*
- 4 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
Unsere Aufzüge sind generell behindertengerecht.
- 5 BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
In der gesamten Einrichtung sind Zeichen, um zu leiten, zu warnen oder zu informieren, vorhanden.
- 6 BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
Durch die Möglichkeit der gemeinsamen Nutzung von Aufenthaltsräumen, die Verwendung von Orientierungshilfen sowie die Unterbringung von Bezugspersonen etc. sollen Menschen mit Demenz oder einer geistigen Behinderung Unterstützung zukommen.
- 7 BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
Personelle Unterstützung erhalten Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung mit Hilfe der geriatrischen Abteilung.
- 8 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
Besteht ein Bedarf, werden externe Anbieter für die entsprechende Behandlungszeit einbezogen.
- 9 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
Die OP-Einrichtung ist auf eine Versorgung von Patienten bis zu 180 kg Körpergewicht abgestimmt.
- 10 BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
Die Röntgenanlagen (z.B. CT, MRT) sind bis 150 kg Körpergewicht nutzbar.
- 11 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
Das Krankenhaus hält spezielle Untersuchungsgeräte wie Körperwaagen, Blutdruckmanschetten etc. vor.
- 12 BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
Unsere Mitarbeiter stehen Spezialbetten und Lagerungshilfen, sowie Patientenlifter für die Versorgung von Patienten mit besonderem Übergewicht oder einer besonderen Körpergröße unterstützend zur Verfügung.
- 13 BF24 - Diätetische Angebote
Derartige Leistungsangebote werden vorgehalten

Aspekte der Barrierefreiheit

BF25 - Dolmetscherdienst

14 *Im Intranet ist eine Dolmetscherliste aller fremdsprachigen Mitarbeiter hinterlegt. Diese können, je nach Verfügbarkeit, für Dolmetscherdienste hinzugezogen werden.*

BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

15 *Bei Bedarf kann in unserer Gesundheitseinrichtung auf ärztliches und pflegerisches Personal vieler verschiedener Sprachgruppen zurückgegriffen werden.*

BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

16 *In unserem Haus sind rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher*innen vorhanden.*

BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

17 *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

18 Mobilitätseinschränkungen

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

BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen

19 *Die Zimmer sind mit Signalanlagen ausgestattet.*

BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige

20 *In allen Aufzügen sind visuelle Anzeigen vorhanden.*

BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildung in anderen Heilberufen

HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

1 *Ausbildungsmöglichkeiten als Krankenpflegehelfer/in sind in unserer Gesundheitseinrichtung vorhanden.*

HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin

2 *Die Ausbildungsmöglichkeit im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege besteht für mindestens drei Azubis pro Jahr.*

HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

3 *Diese Ausbildung gibt es seit 2020 und löst die bisherige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger ab.*

HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)

4 *Ausbildungsmöglichkeiten als Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) werden seit 2021 angeboten.*

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten

166

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	6393
Teilstationäre Fallzahl	25
Ambulante Fallzahl	9965
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				37,46
Beschäftigungsverhältnis	Mit	37,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	37,46
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				22,01
Beschäftigungsverhältnis	Mit	22,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	22,01

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt 1

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				1,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,07

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				1,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,07

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt				94,31
Beschäftigungsverhältnis	Mit	94,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	94,31

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				36,76
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	36,76

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

Gesamt				5,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,88	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,88
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				8,1
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,1
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,88
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt				0,92
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,33	Stationär	0,59
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,17
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,17
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				7,11
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,11
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt				38,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	38,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	38,9
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				31,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	31,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	31,88
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				0,91
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,91
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,04
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,04
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,04
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				0,73
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,73

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,73
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,73

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

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

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				3,86
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,86

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				9,22
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,22	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,22

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				2,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,88

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				0,27
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,27

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Geschäftsführer, Qualitätsmanagement, Ärztlicher Leiter, Leitende Pflegekraft
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

- | | |
|---|---|
| # | Instrument bzw. Maßnahme |
| | RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor |
| 1 | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikomanagement Handbuch
Letzte Aktualisierung: 30.01.2020 |
| 2 | RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM04: Klinisches Notfallmanagement |
| 3 | Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: LL_Notfallmanagement
Letzte Aktualisierung: 15.05.2023 |

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM05: Schmerzmanagement
- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Schmerzmanagement
Letzte Aktualisierung: 27.03.2023
RM06: Sturzprophylaxe
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP Sturzprophylaxe
Letzte Aktualisierung: 10.03.2024
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe
Letzte Aktualisierung: 19.03.2024
RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Einweisung Medizinprodukte
Letzte Aktualisierung: 06.04.2021
- 8 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
- 9 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
- 10 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 12 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
- 13 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 22.02.2021
RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
- 14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Anästhesie Aufwachraum
Letzte Aktualisierung: 17.03.2023
RM18: Entlassungsmanagement
- 15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP Patientenentlassung
Letzte Aktualisierung: 29.09.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Tumorkonferenzen
- Qualitätszirkel

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

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

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Genutzte Systeme

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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker

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

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

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

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Zweimal 0,5 VK

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	5

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortsspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

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

Standortsspezifischer 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

Standortsspezifische 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

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

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 Wundaufgabe	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) 15,45

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 163,3

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
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	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
1	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: MRE Netzwerk Kyffhäuser Kreis <i>Moderator der Netzwerk-Veranstaltungen ist das Gesundheitsamt Sondershausen.</i>
2	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen Frequenz: jährlich <i>Es finden regelmäßige Schulungen statt (Ärzte und Pflegepersonal).</i>
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten Frequenz: bei Bedarf
4	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>Teilnahme am "ITS-KISS", "HAND-KISS" und "MRSA-KISS" des Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ).</i>

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

- HAND-KISS
- ITS-KISS
- MRSA-KISS

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

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

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Erläuterungen	Kooperation mit externer Apotheke, Waisenhausapotheke Halle/Saale

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

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

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Nein

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
		Ja
1	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	<i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i> <i>In Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i> Ja
2	AA08 - Computertomograph (CT)	<i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i> <i>In Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i> Ja
3	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	<i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i> Ja
4	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i> Ja
5	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	<i>Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)</i> Keine Angabe erforderlich
6	AA50 - Kapselendoskop	<i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i>

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1500-03] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[1500-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Das Ärzte- u. Pfl egeteam der Klinik für Allgemein- u. Viszeralchirurgie bietet Ihnen eine angenehme und professionelle stationäre Behandlung in einer sehr freundlichen Atmosphäre.

Mit dem Einsatz moderner Technik können wir konservativ und operativ das gesamte Spektrum der Allgemein- u. Viszeralchirurgie abdecken. Wir streben eine individuell auf die Bedürfnisse jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten abgestimmte Therapie nach den neuesten Leitlinien an.

Unser Haus verfügt über eine Endoskopieabteilung, in der unsere Patient*innen im Rahmen der Vorsorge oder bei Beschwerden endoskopisch untersucht werden können. Für Notfälle steht ein 24h-Endoskopie-Bereitschaftsteam zur Verfügung.

In enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den gastroenterologischen Kolleg*innen bieten wir die Diagnostik und Therapie bei gutartigen sowie auch bösartigen Erkrankungen der Gallenblase, Gallenwege, Leber und Bauchspeicheldrüse. Die Schwerpunkte unserer operativen Therapie liegen in der minimal invasiven Chirurgie. Alle Patient*innen mit bösartigen Tumoren werden in einem Tumorboard besprochen, um ein individuelles und patientenangepasstes Behandlungskonzept zu erstellen

Minimal Invasive Chirurgie (Schlüssellochchirurgie; Knopflochchirurgie; Laparoskopische Chirurgie)

Die Minimal-invasive Chirurgie nimmt in unserem Krankenhaus einen hohen Stellenwert ein.

Durchgeführt werden:

- Appendektomie (Entfernung des Wurmfortsatzes bei Entzündung)
- Entfernung des Dickdarmes bei entzündlichen Erkrankungen (z. B. bei Divertikelkrankheit) und Tumoren
- Reparation von Zwerchfellbrüchen (Hiatushernie) und Refluxerkrankung
- Operationen bei Magendurchbruch
- Operationen bei Verwachsungen des Bauchfelles
- Operationen zur Klärung unklarer Bauchbeschwerden
- Rendezvous - Verfahren zusammen mit der Endoskopieabteilung

Tumorchirurgie (Onkologische Chirurgie)

Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt ist die Tumorchirurgie aller Bauchorgane. Die Operationen werden mit modernster Technik nach den aktuell gültigen Leitlinien durchgeführt.

Durchgeführt werden Operationen bei Tumorerkrankungen:

- des Magens
- des Dünndarmes
- des Dickdarmes und Enddarmes
- der Gallenblase, der Gallengänge und der Bauchspeicheldrüse
- Operationen bei Lebermetastasen
- Portimplantationen bei geplanter Chemotherapie

In enger Zusammenarbeit mit Onkologen und Strahlentherapeuten sowie den Hausärzten wird eine umfassende Betreuung und Weiterbehandlung der Patienten auch nach der Operation gesichert. Auch die weitere Tumornachsorge kann zum Teil ambulant in unserem Hause durchgeführt werden.

Schilddrüsenchirurgie (Operation bei Strumaerkrankung)

An unserem Hause werden operative Behandlungen bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen durchgeführt. Hierbei kommt modernste Technik zum Einsatz. Zur sicheren Darstellung des Stimmbandnerven verwenden wir ein spezielles Gerät (Neuromonitoring).

Hernienchirurgie (Operationen bei Leistenbrüchen, Bauchwandbrüchen und Narbenbrüchen)

Auch auf dem Gebiet der Hernienchirurgie verfügen wir über große Erfahrungen.

Durchgeführt werden:

- Operationen bei Leistenbrüchen, mit und ohne Verwendung eines Kunststoffnetzes, auch als minimal-invasives Verfahren.
- Operationen bei Bauchwandbrüchen und Narbenbrüchen ebenfalls unter Verwendung eines Kunststoffnetzes bei größeren Brüchen.

Proktologische Operationen (Operationen am Enddarmbereich)

In enger Zusammenarbeit mit einem niedergelassenen Proktologen werden an unserem Hause zum Teil hochspezialisierte Operationen des Enddarmes durchgeführt.

Hierzu gehören:

- Hämorrhoidenoperationen mit Stapler
- Operationen bei Enddarmvorfällen mit plastischen Rekonstruktionen
- Resektionen des Enddarmes mittels Stapler bei chronischen Stuhlentleerungsstörungen (Rectocele), STARR-Operation
- Operationen bei Einrissen (Fissur) des Enddarmes
- Operationen bei Fisteln zwischen Enddarm und Haut sowie Enddarm und Scheide (Rectovaginale Fisteln)

Notfallchirurgie (24 Stunden)

Für akute chirurgische Erkrankungen steht rund um die Uhr ein erfahrenes Operationsteam zur Verfügung.

Zu den häufigsten Notfällen gehören:

- Appendizitis (Wurmfortsatzentzündung)
- Ileus (Darmverschluss)
- Perforation bei Ulcus (Durchbruch eines Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürs)
- akute Cholecystitis (Entzündungen der Gallenblase)
- eingeklemmte Hernien (Leistenbrüche, Bauchwandbrüche, Narbenbrüche)
- Operationen bei polytraumatisierten Patienten (z. B. Milzverletzung)

Chirurgische Endoskopie

Wir verfügen über eine moderne Endoskopieabteilung. Hier wird nicht nur die Diagnostik von Magen-Darm-Erkrankungen durchgeführt, sondern es werden auch therapeutische Eingriffe vorgenommen. Für akut durchzuführende Eingriffe, z. B. bei gastrointestinalen Blutungen (Magen-Darm-Blutungen), steht 24 Stunden ein Bereitschaftsteam zur Verfügung.

In der Abteilung können folgende Eingriffe durchgeführt werden:

- Koloskopie (Darmspiegelung)

- Entfernung von kleinen Tumoren
- Behandlung entzündlicher Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Divertikulitis)
- Anlage einer Magensonde zur Ernährung (PEG)
- Eingriffe zur Erweiterung von Engstellen im Magen-Darm-Trakt bei entzündlichen und Tumorerkrankungen, z. B. Bougierung (Aufdehnung) und Einlage von Stents (Platzhaltern)
- Rendezvous-Verfahren zusammen mit Laparoskopie
- Gastroskopie (Magenspiegelung)
- Cholecystektomie (Entfernung der Gallenblase bei Steinleiden)
- 24 Stunden Bereitschaft bei gastrointestinalen Blutungen

B-[1500-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-03].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gunter Bauer
Telefon	03632 67 1101
Fax	03632 67 1017
E-Mail	g.bauer@kmg-kliniken.de
Strasse	Hospitalstraße
Hausnummer	2
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

B-[1500-03].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-[1500-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 2 VC63 - Amputationschirurgie
- 3 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 4 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
- 5 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 6 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 7 VC62 - Portimplantation
- 8 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 9 VC24 - Tumorchirurgie
- 10 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 11 VC00 - („Sonstiges“): chirurgische Endoskopie
- 12 VC71 - Notfallmedizin

B-[1500-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1076
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500-03].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	75
2	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	59
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	51
4	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	42
5	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	40
6	K36	Sonstige Appendizitis	31
7	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	30
8	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	24
9	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	23
10	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	22
11	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	22
12	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	20
13	K29.6	Sonstige Gastritis	17
14	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	16
15	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	15
16	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	15
17	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	13
18	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	12
19	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	12
20	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	12
21	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	12
22	K63.5	Polyp des Kolons	11
23	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	11
24	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	11
25	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	11
26	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	10
27	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	10
28	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	10
29	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	10
30	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	9

B-[1500-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	135
2	K40	Hernia inguinalis	102
3	K57	Divertikulose des Darmes	65
4	K35	Akute Appendizitis	61
5	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	44
6	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	41
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	40
8	K43	Hernia ventralis	35
9	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	33
10	K36	Sonstige Appendizitis	31
11	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	30
12	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	26
13	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	26
14	K42	Hernia umbilicalis	24
15	K29	Gastritis und Duodenitis	23
16	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	20
17	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	17
18	N20	Nieren- und Ureterstein	14
19	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	13
20	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	13
21	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	12
22	C16	Bösartige Neubildung des Magens	11
23	L05	Pilonidalzyste	10
24	K85	Akute Pankreatitis	10
25	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	9
26	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	9
27	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	8
28	K26	Ulcus duodeni	8
29	K44	Hernia diaphragmatica	8
30	E04	Sonstige nichttoxische Struma	8

B-[1500-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	187
2	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	133
3	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	117
4	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	112
5	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	94
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	90
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	84
8	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	73
9	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	72
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	67
11	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	59
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	59
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	58
14	5-932.42	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	53
15	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	47
16	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	46
17	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	35
18	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	30
19	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	30
20	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	29
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	25
22	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	25
23	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	22
24	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	22
25	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	22
26	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	21
27	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	20
28	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	20
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	20
30	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	18

B-[1500-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	254
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	187
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	155
4	5-511	Cholezystektomie	134
5	5-469	Andere Operationen am Darm	127
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung	117
7	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	115
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	112
9	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	106
10	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	90
11	5-470	Appendektomie	74
12	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	72
13	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	72
14	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	67
15	5-549	Andere Bauchoperationen	47
16	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	33
17	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	30
18	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	27
19	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	25
20	9-401	Psychosoziale Interventionen	23
21	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	23
22	1-654	Diagnostische Rektoskopie	22
23	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	22
24	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	21
25	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	20
26	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	19
27	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	18
28	1-653	Diagnostische Proktoskopie	18
29	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	15
30	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	15

B-[1500-03].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[1500-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz Notfallambulanz
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-[1500-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[1500-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[1500-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	68
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	50
3	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	30
4	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	26
5	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	25
6	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	9
7	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	8
8	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	6
9	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	5
10	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	5
11	5-852.95	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Brustwand und Rücken	< 4
12	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
13	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	< 4
14	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
15	5-530.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
16	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
17	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	< 4
18	5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	< 4
19	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	< 4
20	8-200.1	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Humerus proximal	< 4
21	5-859.18	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie	< 4
22	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
23	5-852.99	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Unterschenkel	< 4
24	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidgelenk	< 4
25	5-780.6c	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Hand	< 4
26	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
27	5-787.gc	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Phalangen Hand	< 4
28	8-200.w	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Phalangen Fuß	< 4
29	5-852.92	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Oberarm und Ellenbogen	< 4
30	5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I	< 4

B-[1500-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	120
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	38
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	31
4	5-640	Operationen am Präputium	25
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	17
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	9
7	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	7
8	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
9	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
10	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
11	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
12	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
13	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
14	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
15	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
16	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	< 4
17	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
18	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
19	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4

B-[1500-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1500-03].11 Personelle Ausstattung

B-[1500-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,62	Fälle je VK/Person	162,537766
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,62	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,62

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,76	Fälle je VK/Person	226,050415
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,76

B-[1500-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1500-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[1500-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		8,29	Fälle je VK/Person	129,794937
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,29

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,29	Fälle je VK/Person	3710,345
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,29

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,26	Fälle je VK/Person	4138,462
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,26

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,17	Fälle je VK/Person	919,658142
--------	--	------	-----------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,17
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	6329,41162
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1076
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[1500-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

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

B-[1500-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP16 - Wundmanagement
Nach ICW
- 2 ZP03 - Diabetes
Diabetesberatung

B-[1500-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2400-03] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

B-[2400-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Unsere Abteilung für Gynäkologie verfügt über das gesamte Spektrum diagnostischer Verfahren. Die konservativen und operativen Behandlungen orientieren sich an erprobten Standards unter Berücksichtigung der aktuellen Empfehlungen und Leitlinien der wissenschaftlichen Gesellschaften.

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.

In unserer Abteilung Geburtshilfe gewährleistet wird eine individuelle Betreuung mit einem hohem Maß an Sicherheit durch unsere erfahrenen Hebammen und Geburtshelfer sowie unsere moderne Medizintechnik.

Ein eventuell notwendig werdender Kaiserschnitt wird in Regionalanästhesie und ggf. in Anwesenheit des Partners durchgeführt.

Wir verfügen über ein individuelles Rooming-in-System mit neuen patentierten Kinderbetten zur Förderung der Mutter-Kind-Beziehung.

Die regelgerechte Entwicklung der Neugeborenen wird durch unsere Kinderärzt*innen beurteilt.

B-[2400-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400-03].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart

Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dipl.-Med. Thoralf Amse

Telefon

03632 67 1103

Fax

03632 67 1018

E-Mail

t.amse@kmg-kliniken.de

Strasse

Hospitalstraße

Hausnummer

2

PLZ

99706

Ort

Sondershausen

URL

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

B-[2400-03].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-[2400-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
Jederzeit möglich.
 - 2 VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
Eine Ermächtigungssprechstunde ist für die Abklärung gutartiger und bösartiger Erkrankungen eingerichtet. Diese Sprechstunde wird vom Chefarzt angeboten.
 - 3 VR02 - Native Sonographie
 - 4 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
 - 5 VG12 - Geburtshilfliche Operationen
VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
 - 6 *Durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit können wir bösartige Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane diagnostizieren und entsprechend der Leitlinien therapieren (medikamentös, operativ).*
VG16 - Urogynäkologie
 - 7 *Mit dem Schwerpunkt: Inkontinenz/Beckenboden.*
 - 8 VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
Wird ein umfangreiches diagnostisches und operatives Spektrum vorgehalten.
 - 9 VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
Inklusive der Nutzung der Naturheilverfahren.
 - 10 VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG07 - Inkontinenzchirurgie
 - 11 *Neben konventionellen Therapien werden standardisierte Verfahren angeboten, dazu zählen u.a. medikamentöse und operative Therapien (TVT und TVTO).*
VG05 - Endoskopische Operationen
 - 12 *Bieten ein umfangreiches Spektrum an Therapien bei Erkrankungen der Eierstöcke, Eileiter und Gebärmutter an.*
VG15 - Spezialsprechstunde
 - 13 *im Rahmen der Ermächtigung bietet die OÄ Rößner eine geburtsvorbereitende Abklärungssprechstunde an.*
VG06 - Gynäkologische Chirurgie
 - 14 *Vor allem im Bereich der gynäkologischen Onkologie.*
VG19 - Ambulante Entbindung
 - 15 *Nach Absprache und bei unauffälligem Untersuchungsbefund von Mutter und Kind jederzeit möglich.*
VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
 - 16 *Wird im Rahmen der Ermächtigungssprechstunde vom Chefarzt angeboten.*
VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
 - 17 *Im Rahmen der Versorgung der Geburten ab der 37. SSW möglich.*
 - 18 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen

B-[2400-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	870
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	230
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	65
3	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	35
4	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	33
5	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	27
6	O20.0	Drohender Abort	21
7	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	16
8	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	15
9	O48	Übertragene Schwangerschaft	14
10	N84.0	Polyp des Corpus uteri	14
11	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	11
12	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	10
13	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	10
14	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	10
15	O36.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie	9
16	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	9
17	N76.4	Abszess der Vulva	9
18	N81.1	Zystozele	9
19	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	8
20	O42.11	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen	8
21	O36.6	Betreuung der Mutter wegen fetaler Hypertrophie	8
22	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	7
23	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	7
24	O99.6	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	7
25	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	7
26	O00.1	Tubargravidität	6
27	O62.0	Primäre Wehenschwäche	6
28	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	6
29	Z38.3	Zwilling, Geburt im Krankenhaus	6
30	O41.0	Oligohydramnion	6

B-[2400-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	239
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	65
3	O62	Abnorme Wehentätigkeit	41
4	O42	Vorzeitiger Blasensprung	41
5	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	33
6	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	23
7	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	22
8	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	21
9	N81	Genitalprolaps bei der Frau	21
10	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	18
11	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	17
12	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	15
13	D25	Leiomyom des Uterus	15
14	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	14
15	O48	Übertragene Schwangerschaft	14
16	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	14
17	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	11
18	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	10
19	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	10
20	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	9
21	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	8
22	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	8
23	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	7
24	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	7
25	N70	Salpingitis und Oophoritis	7
26	O00	Extrauterin gravidität	6
27	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	6
28	O41	Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	6
29	N80	Endometriose	6
30	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	6

B-[2400-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	225
2	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	211
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	127
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	108
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	47
6	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	42
7	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	35
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	34
9	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	27
10	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	27
11	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	26
12	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	25
13	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	23
14	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	23
15	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	21
16	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	20
17	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	20
18	5-681.33	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch	19
19	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	17
20	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	17
21	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	15
22	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	14
23	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	14
24	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	13
25	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	12
26	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	12
27	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	11
28	5-704.4f	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation am Lig. sacrospinale oder Lig. sacrotuberale	10
29	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	10
30	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	10

B-[2400-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	252
2	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	211
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	127
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	108
5	5-749	Andere Sectio caesarea	50
6	5-740	Klassische Sectio caesarea	48
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	47
8	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	47
9	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	42
10	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	41
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	41
12	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	35
13	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	34
14	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	32
15	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	30
16	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	28
17	5-653	Salpingoovariektomie	24
18	5-661	Salpingektomie	23
19	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	21
20	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	19
21	5-738	Episiotomie und Naht	17
22	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	16
23	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	15
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	14
25	5-469	Andere Operationen am Darm	14
26	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	14
27	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	13
28	5-549	Andere Bauchoperationen	11
29	5-728	Vakuumentbindung	11
30	5-710	Inzision der Vulva	9

B-[2400-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gynäkologische, geburtshilfliche und onkologische Ambulanz <i>urogynäkologische Sprechstunde/interdisziplinärer Schwerpunkt Inkontinenz/Beckenboden</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme <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	

B-[2400-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[2400-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2400-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	141
2	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	98
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	39
4	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	34
5	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	24
6	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	21
7	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	17
8	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	11
9	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	9
10	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	7
11	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	5
12	5-671.03	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Exzision mit elektrischer Nadel/Messer	5
13	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	< 4
14	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
15	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	< 4
16	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	< 4
17	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
18	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
19	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
20	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]:	< 4
21	5-663.52	Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
22	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage)	< 4
23	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4

B-[2400-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	156
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	141
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	39
4	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	22
5	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	17
6	5-661	Salpingektomie	11
7	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	9
8	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	8
9	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	8
10	5-671	Konisation der Cervix uteri	6
11	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	< 4
12	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	< 4
13	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
14	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
15	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
16	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	< 4
17	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4

B-[2400-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2400-03].11 Personelle Ausstattung

B-[2400-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,71	Fälle je VK/Person	321,0332
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,71

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1,71	Fälle je VK/Person	508,7719
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,71

B-[2400-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2400-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		3,29	Fälle je VK/Person	264,437683
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,29

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

Gesamt		4,73	Fälle je VK/Person	183,932343
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,73	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,73

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

Gesamt		0,21	Fälle je VK/Person	4142,85742
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,21	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,21

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,91	Fälle je VK/Person	956,043945
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,91

B-[2400-03].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 PQ15 - Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- 4 PQ16 - Familienhebamme
- 5 PQ20 - Praxisanleitung

B-[2400-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP28 - Still- und Laktationsberatung

B-[2400-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0200-03] Klinik für Geriatrie

B-[0200-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Hauptabteilung
 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Klinik für Geriatrie

Im Vordergrund einer geriatrischen Behandlung steht die Absicht, akut erkrankten Menschen, die sich im fortgeschrittenen Lebensalter befinden und daher oft mehrere Begleiterkrankungen besitzen, die speziell für sie geeignete Diagnostik, Therapie und Pflege zukommen zu lassen.

In unserer Klinik für Geriatrie arbeiten mehrere Berufsgruppen in einem multiprofessionellen Team unter ärztlicher Leitung zusammen. Dazu gehören geriatrisch ausgebildete Ärzt*innen, Schwestern und Pfleger, konsiliarisch tätige Ärzt*innen verschiedener anderer Fachabteilungen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen sowie Mitarbeiter*innen der Fachgebiete Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Diätetik.

Zu unseren Behandlungsschwerpunkten zählen u. a.:

- Schlaganfälle und akute Durchblutungsstörungen des Gehirns mit Lähmungen, Sprach-, Schluck- oder Bewusstseinsstörungen
- Zustand nach Stürzen zur Abklärung der Sturzursache
- konservativ oder operativ versorgte Knochenbrüche im Anschluss an die chirurgische Behandlung (z. B. Schenkelhalsbruch)
- erfolgte Implantation von Endoprothesen (z. B. Hüft- oder Kniegelenkersatz)
- akut erkrankte, verwirrte ältere Menschen oder Demenzkranke
- alterstypische internistische Erkrankungen mit drohender Immobilität und Einbuße an Alltagskompetenz
- verzögerte Erholung nach schwerem oder langwierigen Krankheitsverlauf
- Ernährungsstörungen im Alter

Ziele unserer Behandlung:

- Verbesserung der Mobilität
- Wiedererlangung bzw. Zunahme von Aktivitäten des täglichen Lebens
- Vermeidung oder Verminderung von dauerhafter Pflegebedürftigkeit
- Entlassung in eine Umgebung, die eine möglichst unabhängige Lebensführung ermöglicht

B-[0200-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
 1 0200 - Geriatrie

B-[0200-03].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefärztin
 Titel, Vorname, Name Dr.med. Ina Sillenberg
 Telefon 03632 67 1241
 Fax 03632 67 1242
 E-Mail i.sillenberg@kmg-kliniken.de
 Strasse Hospitalstraße
 Hausnummer 2
 PLZ 99706

Ort Sondershausen

URL <http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/>

B-[0200-03].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-[0200-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 2 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 3 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 4 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 5 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 6 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
- 7 VR04 - Duplexsonographie
- 8 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 9 VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
- 10 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
- 11 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 12 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 13 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 14 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 15 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 16 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
- 17 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 18 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 19 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 20 VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
- 21 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- 22 VI44 - Geriatriische Tagesklinik
- 23 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- 24 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
- 25 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 26 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 27 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 28 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- 29 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 30 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 31 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums

- # Medizinische Leistungsangebote
- 32 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 33 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 34 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 35 VI42 - Transfusionsmedizin
- 36 VI40 - Schmerztherapie
- 37 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 38 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 39 VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
- 40 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
- 41 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 42 VI35 - Endoskopie
- 43 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 44 VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
- 45 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 46 VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- 47 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 48 VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
- 49 VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 50 VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- 51 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 52 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 53 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 54 VR16 - Phlebographie
- 55 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
- 56 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 57 VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
- 58 VD20 - Wundheilungsstörungen
- 59 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 60 VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 61 VC01 - Koronarchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 62 VC03 - Herzklappenchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 63 VC05 - Schrittmachereingriffe
im Rahmen der Nachbehandlung
- 64 VC06 - Defibrillatoreingriffe
im Rahmen der Nachbehandlung
- 65 VC10 - Eingriffe am Perikard
im Rahmen der Nachbehandlung
- 66 VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 67 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
im Rahmen der Nachbehandlung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 68 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
im Rahmen der Nachbehandlung
- 69 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 70 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 71 VC24 - Tumorchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 72 VC68 - Mammachirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 73 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
im Rahmen der Nachbehandlung
- 74 VC30 - Septische Knochenchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 75 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
im Rahmen der Nachbehandlung
- 76 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
im Rahmen der Nachbehandlung
- 77 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
im Rahmen der Nachbehandlung
- 78 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
im Rahmen der Nachbehandlung
- 79 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
im Rahmen der Nachbehandlung
- 80 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
im Rahmen der Nachbehandlung
- 81 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
im Rahmen der Nachbehandlung
- 82 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
im Rahmen der Nachbehandlung
- 83 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
im Rahmen der Nachbehandlung
- 84 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
im Rahmen der Nachbehandlung
- 85 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
im Rahmen der Nachbehandlung
- 86 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
im Rahmen der Nachbehandlung
- 87 VC63 - Amputationschirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung
- 88 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung

Medizinische Leistungsangebote

89 VO19 - Schulterchirurgie

im Rahmen der Nachbehandlung

90 VC43 - Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)

im Rahmen der Nachbehandlung

91 VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule

im Rahmen der Nachbehandlung

92 VI00 - („Sonstiges“): fiberendoskopische Dysphagie-Diagnostik

B-[0200-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 489

Teilstationäre Fallzahl 25

B-[0200-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	35
2	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	27
3	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	26
4	R26.3	Immobilität	23
5	E86	Volumenmangel	22
6	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	17
7	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	13
8	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	12
9	S32.5	Fraktur des Os pubis	11
10	S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens	9
11	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	8
12	S32.81	Fraktur: Os ischium	8
13	I63.5	Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	8
14	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	8
15	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	7
16	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	7
17	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	7
18	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	6
19	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	6
20	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	6
21	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	4
22	I63.8	Sonstiger Hirninfrakt	4
23	R55	Synkope und Kollaps	4
24	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	4
25	S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	4
26	S32.89	Fraktur: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens	4
27	M54.4	Lumboischialgie	4
28	S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis	4
29	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	4
30	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	4

B-[0200-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	144
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	57
3	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	23
4	I50	Herzinsuffizienz	23
5	E86	Volumenmangel	22
6	I63	Hirninfarkt	15
7	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	15
8	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	9
9	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	8
10	M54	Rückenschmerzen	8
11	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	7
12	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7
13	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	6
14	J20	Akute Bronchitis	6
15	N17	Akutes Nierenversagen	6
16	I21	Akuter Myokardinfarkt	6
17	S06	Intrakranielle Verletzung	6
18	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	6
19	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
20	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	5
21	S52	Fraktur des Unterarmes	4
22	K80	Cholelithiasis	4
23	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	4
24	R55	Synkope und Kollaps	4
25	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	4
26	K57	Divertikulose des Darmes	< 4
27	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	I70	Atherosklerose	< 4
29	K43	Hernia ventralis	< 4
30	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	< 4

B-[0200-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0200-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	450
2	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	268
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	70
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	52
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	39
6	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	30
7	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	29
8	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	24
9	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	20
10	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	16
11	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	15
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	15
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	15
14	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	13
15	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	13
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	11
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	10
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	10
19	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	9
20	3-202	Native Computertomographie des Thorax	9
21	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	7
22	3-206	Native Computertomographie des Beckens	7
23	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	6
24	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	6
25	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	5
26	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	5
27	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	5
28	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	5
29	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	4
30	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	4

B-[0200-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	489
2	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	268
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	163
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	52
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	30
6	8-854	Hämodialyse	25
7	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	21
8	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	16
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	15
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	15
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	10
12	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	10
13	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	9
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	9
15	1-650	Diagnostische Koloskopie	8
16	3-206	Native Computertomographie des Beckens	7
17	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	7
18	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	6
19	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	6
20	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	5
21	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	5
22	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	4
23	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	4
24	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	4
25	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
26	5-869	Anderer Operationen an den Bewegungsorganen	< 4
27	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
28	5-892	Anderer Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
29	5-431	Gastrostomie	< 4
30	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	< 4

B-[0200-03].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[0200-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM08 -	Zentrale Notaufnahme
1	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-[0200-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[0200-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[0200-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[0200-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[0200-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[0200-03].11 Personelle Ausstattung**B-[0200-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,5	Fälle je VK/Person	195,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,5
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		2,5	Fälle je VK/Person	195,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,5

B-[0200-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ23 - Innere Medizin

B-[0200-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
1 ZF09 - Geriatrie

B-[0200-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		9,3	Fälle je VK/Person	52,58064
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,3

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

Gesamt		0,81	Fälle je VK/Person	603,7037
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,81

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,8	Fälle je VK/Person	128,6842
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,8

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,79	Fälle je VK/Person	618,9873
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,79

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

Gesamt		1,93	Fälle je VK/Person	253,367874
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,93

B-[0200-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

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

B-[0200-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP16 - Wundmanagement
- 2 ZP08 - Kinästhetik
- 3 ZP07 - Geriatrie
- 3 *nach Zercur*
- 4 ZP25 - Gerontopsychiatrie
- 5 ZP03 - Diabetes

B-[0200-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100-03] Klinik für Innere Medizin

B-[0100-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin

Als Abteilung sind wir sehr gut aufgestellt und unser Vorteil liegt in der breiten Diagnostik, die nahezu das gesamte Spektrum der Allgemeinen Inneren Medizin umfasst. Gerade bei unklaren Symptomen, die nicht eindeutig einem bestimmten Fachbereich zugeordnet werden können, haben wir die Möglichkeit, viele der notwendigen Untersuchungen durchzuführen, so dass wir rasch zu einer genauen Diagnose bei unseren Patient*innen kommen können. Andererseits können wir viele Differential-Diagnosen abklären und den Patienten ggf. in weitere spezialisierte Einrichtung vermitteln.

B-[0100-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100-03].1.2 Ärztliche Leitung

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kommissarischer Chefarzt
Titel, Vorname, Name	MUDr. Norbert Hovanec
Telefon	03632 67 1107
Fax	03632 67 1019
E-Mail	n.hovanec@kmg-kliniken.de
Strasse	Hospitalstraße
Hausnummer	2
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
URL	http://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen/

B-[0100-03].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-[0100-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
- 2 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
- 3 VR04 - Duplexsonographie
- 4 VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- 5 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 6 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 7 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 8 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 9 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 10 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
- 11 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 12 VR06 - Endosonographie
- 13 VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
- 14 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 15 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 16 VI40 - Schmerztherapie
- 17 VR02 - Native Sonographie
- 18 VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
- 19 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 20 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
- 21 VD20 - Wundheilungsstörungen
- 22 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
- 23 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 24 VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
- 25 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 26 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 27 VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
- 28 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 29 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 30 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 31 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 32 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 33 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
- 34 VC71 - Notfallmedizin
- 35 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 36 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
- 37 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 38 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
- 39 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 40 VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
- 41 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 42 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

- # Medizinische Leistungsangebote
- 43 VU15 - Dialyse
- 44 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 45 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 46 VI20 - Intensivmedizin
- 47 VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 48 VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
- 49 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 50 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 51 VI34 - Elektrophysiologie
- 52 VI39 - Physikalische Therapie
- 53 VI42 - Transfusionsmedizin

B-[0100-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2430
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	165
2	E86	Volumenmangel	144
3	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	130
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	106
5	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	96
6	R55	Synkope und Kollaps	64
7	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	57
8	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	54
9	K29.6	Sonstige Gastritis	45
10	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	45
11	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	43
12	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	40
13	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	39
14	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	37
15	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	34
16	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	30
17	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	28
18	D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien	25
19	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	23
20	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	22
21	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	21
22	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	21
23	J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes	21
24	I95.1	Orthostatische Hypotonie	21
25	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $<$ 35 % des Sollwertes	20
26	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	19
27	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	19
28	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	19
29	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	17
30	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	16

B-[0100-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	229
2	E86	Volumenmangel	144
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	131
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	107
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	105
6	J20	Akute Bronchitis	104
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	77
8	K29	Gastritis und Duodenitis	73
9	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	68
10	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	67
11	R55	Synkope und Kollaps	64
12	I63	Hirninfrakt	57
13	D50	Eisenmangelanämie	50
14	K80	Cholelithiasis	50
15	I21	Akuter Myokardinfarkt	41
16	N17	Akutes Nierenversagen	33
17	R07	Hals- und Brustschmerzen	32
18	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	30
19	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	30
20	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	29
21	D64	Sonstige Anämien	27
22	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	27
23	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	26
24	K70	Alkoholische Leberkrankheit	25
25	I95	Hypotonie	23
26	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	22
27	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	20
28	K85	Akute Pankreatitis	18
29	I20	Angina pectoris	18
30	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	16

B-[0100-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	422
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	401
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	384
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	322
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	322
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	230
7	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	220
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	199
9	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	166
10	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	154
11	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	143
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	127
13	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	120
14	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	100
15	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	90
16	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	81
17	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	76
18	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	76
19	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	74
20	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	63
21	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	59
22	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	58
23	3-202	Native Computertomographie des Thorax	53
24	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	43
25	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	38
26	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	37
27	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	37
28	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	37
29	8-148.0	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum	36
30	3-843.0	Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	29

B-[0100-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1549
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	402
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	322
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	230
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	199
6	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	175
7	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	171
8	1-650	Diagnostische Koloskopie	169
9	9-401	Psychosoziale Interventionen	166
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	139
11	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	109
12	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	90
13	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	76
14	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	76
15	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	74
16	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	66
17	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	59
18	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	57
19	3-202	Native Computertomographie des Thorax	53
20	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	44
21	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	38
22	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	37
23	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	37
24	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	36
25	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	29
26	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	27
27	5-469	Andere Operationen am Darm	24
28	8-854	Hämodialyse	20
29	1-710	Ganzkörperplethysmographie	16
30	5-449	Andere Operationen am Magen	16

B-[0100-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM08 -	
1	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-[0100-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0100-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	517
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	383
3	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	193
4	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	176
5	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	76
6	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	41
7	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	15
8	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	10
9	1-440.6	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Gallengänge	< 4
10	1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	< 4
11	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

B-[0100-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	915
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	279
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	217
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
5	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	< 4

B-[0100-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0100-03].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		11,12	Fälle je VK/Person	218,525177
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,12

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	810
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3

B-[0100-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin

B-[0100-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[0100-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		9,71	Fälle je VK/Person	250,257477
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,71

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

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	14294,1172
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,13	Fälle je VK/Person	18692,3086
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,13	Ohne	0

Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,13
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	7363,636
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		2,72	Fälle je VK/Person	893,3823
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,72
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt		1,71	Fälle je VK/Person	1421,05261
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,71

B-[0100-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

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

B-[0100-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP16 - Wundmanagement
nach ICW/DGfW
- 2 ZP20 - Palliative Care

B-[0100-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600-03] Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-[3600-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Das Aufklärungsgespräch beim Anästhesisten bildet die Grundlage für eine gute patientenspezifische Narkose. Dabei werden Begleiterkrankungen und spezielle Risiken vom Arzt in Erfahrung gebracht. Um das Narkoserisiko zu reduzieren und die Patientensicherheit zu erhöhen, können hier, wenn nötig, weiterführende Untersuchungen veranlasst werden. Abschließend wird Ihnen das optimale Narkoseverfahren für Ihren Eingriff erläutert sowie alle möglichen Risiken und Nebenwirkungen dargestellt.

Unsere Ärzte und speziell geschulte Pflegekräfte überwachen Sie während der Operation. Wir verfügen über modernste Narkose- und Überwachungsgeräte. Nach der Narkose werden Sie von uns bis zum Erwachen in einem Aufwachraum individuell betreut.

Das Leistungsspektrum der modern eingerichteten interdisziplinären Intensivstation umfasst die gesamte Intensivmedizin mit Hilfe aller modernen invasiven und nicht-invasiven Überwachungstechniken:

- Intensivpflege auf neuestem Stand
- invasive und nicht invasive Beatmung
- Akutdialyse
- Lungendiagnostik (Brochoskopie)
- kinetische Lagerungstherapie
- perioperative Schmerztherapie

Die Aufgabe der Intensivstation besteht darin, Schwerstkranke aller Fachbereiche sowie Patient*innen nach Operationen Tag und Nacht mit maximalen Einsatz moderner Medizin zu betreuen. Die Intensivmedizin ermöglicht heute das Überleben nach schwersten Unfällen, großen Operationen, Herzinfarkten, Lungenentzündungen und anderen schweren und schwersten Krankheitsbildern.

B-[3600-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 3600 - Intensivmedizin

B-[3600-03].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart

Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Olaf Rose

Telefon

03632 67 1105

Fax

03632 67 1032

E-Mail

o.rose@kmg-kliniken.de

Strasse

Hospitalstraße

Hausnummer

2

PLZ

99706

Ort

Sondershausen

URL

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

B-[3600-03].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

B-[3600-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
VI20 - Intensivmedizin
- 1 *Durchführung aller gängigen intensivmedizinischen Maßnahmen zur Unterstützung versagender Organsysteme (Organersatzverfahren wie Beatmung, Dialyse, Kreislaufstützung)*
VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien
 - 2 *Behandlung der Folgen des schweren allergischen Schocks mit Atemnot und Kreislaufversagen.*
VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
 - 3 *In Zusammenarbeit mit der Fachabteilung Kardiologie findet die Behandlung des akuten Herzinfarktes mittels Lysetherapie (Auflösung des Thrombus) statt.*
VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
 - 4 *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)*
VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
 - 5 *Behandlung der Spätformen des Herzversagens verschiedener Ursachen (z.B. Bluthochdruck, Erkrankungen der Herzklappen, Hochdruck in den Lungengefäßen)*
VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
 - 6 *In Zusammenarbeit mit der Fachabteilung Urologie findet eine Betreuung von Patienten mit Operationen am Urogenitalsystem statt. Es besteht eine Kooperation mit einer niedergelassenen Dialyse-Praxis.*
VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
 - 7 *Betreuung von Patienten nach Operationen an Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse. Durchführung einer effektiven Schmerztherapie mit rückenmarksnahen Kathetern und patientenkontrollierten Pumpensystemen (Kooperation mit Fachabt. Chirurgie), Behandlung von akuten Entzündungen der Bauchspeicheldrüse*
VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
 - 8 *Durchführung von nichtinvasiven (Aufsetzen einer Beatmungsmaske) oder invasiven (Einführung eines Beatmungsschlauchs zur maschinellen Beatmung) Beatmungsverfahren beim Versagen der Lungenfunktion, Therapie schwerer Asthmaanfalle inkl. Folgen. Durchführung von Langzeitbeatmung und deren Entwöhnung.*
VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
 - 9 *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.*
VC05 - Schrittmachereingriffe
 - 10 *Passagere Schrittmachereingriffe*
VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
 - 11 *Behandlung von deliranten Erkrankungen (Verwirrheitszuständen) verschiedener Ursachen. Entzugsbehandlungen bei der Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente).*

Medizinische Leistungsangebote

VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

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

VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

- 13 *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.*

VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

- 14 *Diagnostik der Gerinnung im Rahmen bevorstehender Operationen in den angeschlossenen Laboren . Behandlung von Patienten mit Komplikationen durch Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten.*

VI35 - Endoskopie

- 15 *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)*

VI40 - Schmerztherapie

- 16 *Nach Operationen oder Verletzungen wird eine Therapie mittels Schmerzmittelgabe (über Vene, patientenkontrolliertes Pumpensystem, rückenmarksnah oder an bestimmtem Nerven sitzende Schmerzkatheter) durchgeführt.*

VI42 - Transfusionsmedizin

- 17 *FA Anästhesie und Intensivmedizin ist als Transfusionsbeauftragter tätig und für die Organisation und Weiterbildung im Rahmen der Transfusionsmedizin (Übertragung von Blutkonserven oder anderen Medikamenten zur Beeinflussung der Blutgerinnung) verantwortlich.*

VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen

- 18 *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.*

- 19 VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

VR00 - („Sonstiges“): Native Sonographie

- 20 *Sonografische Untersuchungen des Bauches, der Lunge und der Gefäße finden Anwendung.*

VU15 - Dialyse

- 21 *Akutdialyse*

B-[3600-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	161
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	10
2	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	6
3	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	5
4	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	5
5	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	5
6	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	4
7	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	4
8	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
9	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	< 4
10	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
11	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
12	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	< 4
13	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	< 4
14	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	< 4
15	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
16	K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung	< 4
17	S27.0	Traumatischer Pneumothorax	< 4
18	T50.9	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	< 4
19	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
20	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	< 4
21	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	< 4
22	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	< 4
23	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
24	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
25	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	< 4
26	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	< 4
27	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	< 4
28	R40.0	Somnolenz	< 4
29	I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend	< 4
30	N20.0	Nierenstein	< 4

B-[3600-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	14
2	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	14
3	I50	Herzinsuffizienz	10
4	K70	Alkoholische Leberkrankheit	6
5	S72	Fraktur des Femurs	5
6	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	4
7	A41	Sonstige Sepsis	4
8	K57	Divertikulose des Darmes	4
9	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	< 4
10	I63	Hirninfrakt	< 4
11	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	< 4
12	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
13	J93	Pneumothorax	< 4
14	G40	Epilepsie	< 4
15	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	< 4
16	I60	Subarachnoidalblutung	< 4
17	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4
18	K26	Ulcus duodeni	< 4
19	T50	Vergiftung durch Diuretika und sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	< 4
20	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	< 4
21	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	< 4
22	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
23	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	< 4
24	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	< 4
25	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	< 4
26	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	< 4
27	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
28	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
30	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	< 4

B-[3600-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	368
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	346
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	142
4	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	99
5	8-832.0	Legen und Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis: Legen	93
6	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	78
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	65
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	65
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	61
10	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	61
11	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	60
12	8-701	Einfache endotracheale Intubation	60
13	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	57
14	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	54
15	8-831.02	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine periphere Vene in ein zentralvenöses Gefäß	50
16	3-202	Native Computertomographie des Thorax	49
17	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	45
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	43
19	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	43
20	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	29
21	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	28
22	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	25
23	1-717.1	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials: Mit Indikationsstellung zur weiteren Beatmungsentwöhnungsbehandlung	24
24	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	22
25	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	21
26	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	20
27	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	20

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	18
29	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	17
30	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	17

B-[3600-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	471
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	346
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	180
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	157
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	142
6	8-832	Legen und Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis	93
7	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	84
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	65
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	65
10	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	62
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	61
12	8-701	Einfache endotracheale Intubation	60
13	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	60
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	58
15	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	57
16	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	54
17	3-202	Native Computertomographie des Thorax	49
18	8-854	Hämodialyse	42
19	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	41
20	5-469	Andere Operationen am Darm	39
21	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	29
22	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	27
23	1-717	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials	26
24	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	26
25	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	24
26	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	22
27	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	22
28	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	20
29	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	18
30	5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	17

B-[3600-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM08 -	Notfallambulanz
1	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>

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.

B-[3600-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3600-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3600-03].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3600-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3600-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3600-03].11 Personelle Ausstattung

B-[3600-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,31	Fälle je VK/Person	22,02462
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	7,31
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	5,51	Fälle je VK/Person	29,2196
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	5,51

B-[3600-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3600-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[3600-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

Gesamt		14,06	Fälle je VK/Person	11,45092
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,06

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

Gesamt		0,17	Fälle je VK/Person	947,058838
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,17

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	161
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

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

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	161
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

B-[3600-03].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 PQ20 - Praxisanleitung

B-[3600-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

**B-[3600-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

B-[1600-03] Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

B-[1600-03].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart

Hauptabteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Die Abteilung Unfallchirurgie/Orthopädie unseres Krankenhauses versorgt unfallverletzte Patient*innen aller Schweregrade und geplante Eingriffe am Stütz- und Bewegungssystem.

Neben modernen Möglichkeiten der Diagnostik stehen uns erprobte, bewährte und moderne Verfahren der Behandlung zur Verfügung.

Moderne Nagelsysteme und Platten einschließlich winkelstabiler Platten ermöglichen Ihnen schonende, belastungsstabile und effektive, auf eine schnelle Mobilität ausgerichtete Behandlungsstrategien.

B-[1600-03].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 1600 - Unfallchirurgie

B-[1600-03].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart

Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt

Ärztlicher Direktor und Chefarzt

Titel, Vorname, Name

Dr. med. Oliver Altenkirch

Telefon

03632 67 1101

Fax

03632 67 1017

E-Mail

o.altenkirch@kmg-kliniken.de

Strasse

Hospitalstraße

Hausnummer

2

PLZ

99706

Ort

Sondershausen

URL

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

B-[1600-03].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-[1600-03].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- 2 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 3 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 4 VO16 - Handchirurgie
- 5 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
- 6 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
- 7 VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
- 8 VO15 - Fußchirurgie
- 9 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 10 VC63 - Amputationschirurgie
- 11 VC30 - Septische Knochenchirurgie
- 12 VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
- 13 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 14 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
- 15 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 16 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
- 17 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
- 18 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
- 19 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- 20 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 21 VC69 - Verbrennungschirurgie
- 22 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 23 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

B-[1600-03].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1343
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600-03].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	147
2	S06.0	Gehirnerschütterung	105
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	77
4	M20.2	Hallux rigidus	68
5	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	63
6	M54.4	Lumboischialgie	40
7	M20.1	Hallux valgus (erworben)	38
8	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	33
9	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	33
10	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	25
11	S20.2	Prellung des Thorax	20
12	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	17
13	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	16
14	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	13
15	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	13
16	S82.82	Trimalleolarfraktur	13
17	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	12
18	S52.30	Fraktur des Radiuschaftes, Teil nicht näher bezeichnet	12
19	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	12
20	S82.81	Bimalleolarfraktur	12
21	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11
22	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	11
23	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	11
24	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	10
25	S86.0	Verletzung der Achillessehne	10
26	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	9
27	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	9
28	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	8
29	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	8
30	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	8

B-[1600-03].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	158
2	S06	Intrakranielle Verletzung	114
3	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	106
4	M48	Sonstige Spondylopathien	102
5	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	82
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	75
7	S52	Fraktur des Unterarmes	74
8	M54	Rückenschmerzen	53
9	S72	Fraktur des Femurs	53
10	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	46
11	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	41
12	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	25
13	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	22
14	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	21
15	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	20
16	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	17
17	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	17
18	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	15
19	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	13
20	I70	Atherosklerose	12
21	M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	11
22	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	11
23	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	10
24	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	10
25	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	9
26	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	9
27	L03	Phlegmone	9
28	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9
29	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	8
30	M87	Knochennekrose	8

B-[1600-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1600-03].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-851.1a	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß	315
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	189
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	149
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	144
5	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	123
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	123
7	5-931.0	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material	118
8	5-854.0c	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Mittelfuß und Zehen	118
9	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	117
10	5-788.60	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I	112
11	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	111
12	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	100
13	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	93
14	5-788.63	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 3 Gelenke	89
15	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	87
16	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	86
17	5-86a.12	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Vier Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen	85
18	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	81
19	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	75
20	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	72
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	71
22	5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk	70
23	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	61
24	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	58
25	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage	55
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	53

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
27	5-83a.00	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenerivation: 1 Segment	53
28	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	51
29	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	51
30	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	50

B-[1600-03].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	539
2	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	316
3	5-786	Osteosyntheseverfahren	304
4	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	303
5	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	192
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	189
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	168
8	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	158
9	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	140
10	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	137
11	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	130
12	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	123
13	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	119
14	5-808	Offen chirurgische Arthrodesen	112
15	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	111
16	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	109
17	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	100
18	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	98
19	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	94
20	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	87
21	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	71
22	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	70
23	5-836	Spondylodese	64
24	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	61
25	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	61
26	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	59
27	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	59
28	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	51

29	5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	48
30	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	46

B-[1600-03].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1600-03].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
		Zentrale Notaufnahme
		<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>
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	BG-Ambulanz
		<i>Die BG-Ambulanz ist ausschließlich für Patienten eingerichtet, die einen Arbeits- oder sogenannten Wegeunfall erlitten haben.</i>
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	
4	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>Für gesetzlich Krankenversicherte ist eine Vorstellung in der Ermächtigungssprechstunde mit einer Überweisung vom Facharzt möglich.</i>

B-[1600-03].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1600-03].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1600-03].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	138
2	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	48
3	5-841.10	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Radiokarpalband	35
4	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	31
5	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	20
6	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	19
7	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	18
8	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	16
9	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	15
10	5-812.0h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	14
11	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	12
12	5-841.11	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Retinaculum flexorum	9
13	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	9
14	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	9
15	5-780.6v	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Metatarsale	9
16	5-787.kv	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Metatarsale	8
17	5-787.1v	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale	8
18	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	8
19	5-812.6	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, total	7
20	5-056.3	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm	7
21	5-812.kh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Kniegelenk	6
22	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	5
23	5-840.40	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Beugesehnen Handgelenk	5
24	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	5
25	5-845.00	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnencheiden, partiell: Beugesehnen Handgelenk	5
26	5-787.2n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	4
27	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	4
28	5-810.90	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Humero Glenoidgelenk	4
29	5-788.60	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
30	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	4

B-[1600-03].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	206
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	120
3	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	58
4	5-841	Operationen an Bändern der Hand	50
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	48
6	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	25
7	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	12
8	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	11
9	5-845	Synovialektomie an der Hand	8
10	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	8
11	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
12	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	7
13	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5
14	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	4
15	1-697	Diagnostische Arthroskopie	4
16	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
17	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
18	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
19	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
20	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
21	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
22	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
23	1-513	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision	< 4
24	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
25	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	< 4
26	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
27	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
28	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
29	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	< 4
30	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4

B-[1600-03].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1600-03].11 Personelle Ausstattung

B-[1600-03].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,13	Fälle je VK/Person	219,086456
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,13

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,46	Fälle je VK/Person	388,150269
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,46

B-[1600-03].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
 - 2 AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[1600-03].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie

B-[1600-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Gesamt		12,9	Fälle je VK/Person	104,108528
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,9

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1343
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,43	Fälle je VK/Person	552,674866
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,43

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

Gesamt		2,17	Fälle je VK/Person	618,894
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,17

B-[1600-03].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

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

B-[1600-03].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP08 - Kinästhetik
- 2 ZP16 - Wundmanagement

nach ICW

B-[1600-03].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2200] Belegabteilung für Urologie

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

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Belegabteilung für Urologie

Wir betreuen Patient*innen aus einer Hand, präoperativ, operativ und postoperativ.
Eine Einweisung auf die Belegabteilung kann immer nur über unser Praxis erfolgen.
Wir bieten die Diagnostik, Therapie/ stationäres operatives Spektrum und Nachsorge urologischer Erkrankungen an.

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel
1 2200 - Urologie

B-[2200].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Belegarzt / Leitende Belegärztin
-------------	--

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegärztin
Titel, Vorname, Name	MUDr. Margrit Gentzel
Telefon	03632 67 3913
Fax	03632 67 3914
E-Mail	M.Gentzel@kmg-kliniken.de
Strasse	Hospitalstraße
Hausnummer	2
PLZ	99706
Ort	Sondershausen
URL	https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-sondershausen

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VG07 - Inkontinenzchirurgie
 - 2 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
 - 3 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
 - 4 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
 - 5 VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
 - 6 VR16 - Phlebographie
 - 7 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
 - 8 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
 - 9 VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
 - 10 VR02 - Native Sonographie
 - 11 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
 - 12 VR04 - Duplexsonographie
 - 13 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
 - 14 VR06 - Endosonographie
 - 15 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
 - 16 VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
 - 17 VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
 - 18 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
 - 19 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
 - 20 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
 - 21 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
 - 22 VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
 - 23 VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
 - 24 VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
 - 25 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
 - 26 VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
 - 27 VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

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

Vollstationäre Fallzahl	24
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Fallzahlen der Belegabteilung

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	11
2	N40	Prostatahyperplasie	4
3	N30.0	Akute Zystitis	< 4
4	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	< 4
5	N30.8	Sonstige Zystitis	< 4
6	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	< 4
7	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	< 4
8	C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand	< 4
9	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
10	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	< 4

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	13
2	N40	Prostatahyperplasie	4
3	N30	Zystitis	4
4	N35	Harnröhrenstriktur	< 4
5	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
6	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	< 4

B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	17
2	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	7
3	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	4
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
6	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	< 4
7	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4
8	5-622.5	Orchidektomie: Radikale (inguinale) Orchidektomie (mit Epididymektomie und Resektion des Samenstranges)	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	17
2	8-132	Manipulationen an der Harnblase	7
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
4	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	4
5	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	< 4
6	5-622	Orchidektomie	< 4
7	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4

B-[2200].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM15 - Belegarztpraxis am Krankenhaus	Urologische Sprechstunde/MUDr. (Univ. Prag) Margrit Gentzel

B-[2200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[2200].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[2200].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	22
2	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	20
3	5-611	Operation einer Hydrocele testis	4
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
5	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschienne [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	< 4
6	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4
7	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4
8	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschienne [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	22
2	5-640	Operationen am Präputium	20
3	5-611	Operation einer Hydrocele testis	4
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschienne [Ureterkatheter]	< 4
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
6	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
7	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[2200].11 Personelle Ausstattung

B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	24
--------	---	-----------------------	----

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

Facharztbezeichnungen

1 AQ60 - Urologie

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2200].11.2 Pflegepersonal

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

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

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

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

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

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

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

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

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

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

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

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

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

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

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	146
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	81
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	298
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	248
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur

Fallzahl	108
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	48
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	127
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

CHE - Cholezystektomie

Fallzahl	270
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	131
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	370
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	116
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	265
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	142
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	260
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	159
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	237
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	159
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	235
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	159
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

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

NEO - Neonatologie

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

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

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

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl	322
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	121
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID 2005

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,92 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	121
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	2006

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,85 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	118

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich bundesweit	97,84 - 98,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,57 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	108

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,50 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	106
Beobachtete Ereignisse	106

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden).

Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

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

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	1,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,86 - 2,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	105
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	9,89
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,69 (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, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer

Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt**Ergebnis-ID****232007_50778**

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis

0,91

Vertrauensbereich bundesweit

0,90 - 0,93

Rechnerisches Ergebnis

1,46

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,85 - 2,41

Fallzahl

Grundgesamtheit

94

Beobachtete Ereignisse

12

Erwartete Ereignisse 8,20

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

Ergebnis-ID 232010_50778

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 2

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 50778

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis 0,85

Vertrauensbereich bundesweit 0,82 - 0,87

Rechnerisches Ergebnis 1,18

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,33 - 3,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

10. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	20,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	14,40 - 28,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	25

11. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind.

Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	21,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	14,63 - 29,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	23
12. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen
Fachlicher Hinweis IQTIG	

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	99,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,43 - 99,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	120
Beobachtete Ereignisse	119
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich bundesweit	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,53 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	107

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

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link</p>

entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 6,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 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

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

Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 5,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID

58003

Leistungsbereich

CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,62 - 5,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 0,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6000
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	31,85
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung

Fachlicher Hinweis IQTIG

geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6000
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

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

Ergebnis-ID

521800

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.

Einheit

%

Bundesergebnis

0,01

Vertrauensbereich bundesweit

0,01 - 0,01

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 0,06

Fallzahl

Grundgesamtheit

6000

Beobachtete Ereignisse

0

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

Ergebnis-ID

52010

Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6000
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51906
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,42
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs 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: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit

%

Bundesergebnis

7,19

Vertrauensbereich bundesweit

6,79 - 7,61

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,68 - 13,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
27. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,86 - 13,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
28. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

0,91

Vertrauensbereich bundesweit

0,82 - 1,01

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 21,53

Fallzahl

Grundgesamtheit

14

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

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

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

Ergebnis-ID

60686

Leistungsbereich

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

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	19,49
Vertrauensbereich bundesweit	18,72 - 20,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 40,38 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	88,51
Vertrauensbereich bundesweit	88,16 - 88,84
Rechnerisches Ergebnis	83,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,78 - 94,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	15
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,07 - 3,29
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation**Ergebnis-ID****54003**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	8,96
Vertrauensbereich bundesweit	8,75 - 9,17
Rechnerisches Ergebnis	13,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,40 - 26,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	6
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

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

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,35
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 1,37
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	<= 2,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	1,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 3,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
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

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

Ergebnis-ID

54017

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,42
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,40

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,29 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID**54018**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	2,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,94 - 4,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,32
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,58 (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 (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 Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 3,35
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,86 (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. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,35
Rechnerisches Ergebnis	4,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,25 - 5,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,47
Vertrauensbereich bundesweit	1,40 - 1,54
Rechnerisches Ergebnis	11,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,47 - 15,67
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>

Bundesergebnis	1,21
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

41. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID****54012**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/.
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer
Fachlicher Hinweis IQTIG	

mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,18 - 2,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 1,78
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,49 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,80
Vertrauensbereich bundesweit	8,58 - 9,02
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

46. 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des

Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,99

Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 5,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,95 (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. 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. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,43 - 1,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	6,46
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,74 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

49. 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
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,58 - 2,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,75

50. 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
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,43
Vertrauensbereich bundesweit	1,36 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,73
Fallzahl	
Grundgesamtheit	156
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,65
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen

(mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,27
Vertrauensbereich bundesweit	94,72 - 95,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

52. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten,

Fachlicher Hinweis IQTIG

dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,99
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,65 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	68
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

53. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis
 Vertrauensbereich bundesweit
 Rechnerisches Ergebnis
 Vertrauensbereich Krankenhaus
Fallzahl

1,05
 1,04 - 1,05
 0,98
 0,80 - 1,19

Grundgesamtheit	248
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	69,24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,28 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	19,75
Vertrauensbereich bundesweit	19,57 - 19,94
Rechnerisches Ergebnis	10,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,10 - 21,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	6

55. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182300_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	33,83
Vertrauensbereich bundesweit	33,50 - 34,16
Rechnerisches Ergebnis	34,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	21,21 - 50,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	13
56. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden	
Ergebnis-ID	182301_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

57. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	4,05 - 4,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

58. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182302_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,08
Vertrauensbereich bundesweit	7,85 - 8,32
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0

59. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182303_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

60. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	72,64
Vertrauensbereich bundesweit	72,36 - 72,93
Rechnerisches Ergebnis	79,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	61,61 - 90,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	23

61. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182005_52249
--------------------	---------------------

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	92,58
Vertrauensbereich bundesweit	92,18 - 92,96
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5

62. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182006_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	86,63
Vertrauensbereich bundesweit	85,96 - 87,27
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,57 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7

63. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,02 - 76,14
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

64. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182008_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

65. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182009_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität</p>

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	46,22
Vertrauensbereich bundesweit	45,69 - 46,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

66. Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die</p>

Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,16 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</p>

Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,26

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

68. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6**Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)****Ergebnis-ID****51397**

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Fachlicher Hinweis IQTIG

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	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 10,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

69. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6

Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit</p>

des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 173,16
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,98
Vertrauensbereich bundesweit	96,73 - 97,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 4,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

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: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,14 - 1,49
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 53,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	247
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07

73. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen

(mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

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

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

[arbeiten/grundlagen/standard-titel/](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/). Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,01

Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,82
Fallzahl	
Grundgesamtheit	247
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,48

74. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir->

Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	1,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 8,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

75. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine Kennzahl, die zur Berechnung des planungsrelevanten QI ID 51803 genutzt wird. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,14
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	1,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 11,01
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

76. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 0,85

Rechnerisches Ergebnis	4,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,82 - 25,72
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

77. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181801_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,78
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 23,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	169
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16

78. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181802_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir->

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/.
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	18,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,31 - 76,96
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

79. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182010
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .

Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182011
--------------------	---------------

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,60 - 2,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,77 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	8,79
Vertrauensbereich bundesweit	8,67 - 8,92
Rechnerisches Ergebnis	9,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,21 - 13,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	250
Beobachtete Ereignisse	23
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 12,02 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge 97

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Erbrachte Menge 1

Begründung

MM01: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Abs. 5 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr Ja

Prüfung durch Landesverbände Ja

Leistungsmenge im Berichtsjahr 97

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres 91

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

Leistungsberechtigung im Prognosejahr Nein

Prüfung durch Landesverbände Nein

Leistungsmenge im Berichtsjahr 1

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres 0

Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R) Nein

Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden Nein

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

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

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	33
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	4
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	2

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation (SDH INT) - Tagschicht	61,1 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (SDH INT) - Nachtschicht	75,62 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Tagschicht	88,49 %
4	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Nachtschicht	96,44 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
5	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Tagschicht	88,49 %
6	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Nachtschicht	96,44 %
7	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Tagschicht	84,93 %
8	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Nachtschicht	72,88 %
9	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 3 (SDH CHI) - Tagschicht	84,93 %
10	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 3 (SDH CHI) - Nachtschicht	72,88 %
11	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA-GEB) - Tagschicht	94,94 %
12	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA-GEB) - Nachtschicht	95,79 %
13	Geriatrie - Station 7 (Geri SDH) - Tagschicht	91,78 %
14	Geriatrie - Station 7 (Geri SDH) - Nachtschicht	91,78 %
15	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 8 (SDH Ortho-Uchi) - Tagschicht	83,01 %
16	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 8 (SDH Ortho-Uchi) - Nachtschicht	73,7 %

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 Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort

Nein