



Strukturierter Qualitätsbericht 2024

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



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	14
	Einleitung	14
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-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	23
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	23
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	23
A-9	Anzahl der Betten	23
A-10	Gesamtfallzahlen	23
A-11	Personal des Krankenhauses	24
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	24
A-11.2	Pflegepersonal	24
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	26
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	26

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

A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	35
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	36
A-13	Besondere apparative Ausstattung	37
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	37
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	37
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	38
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	38
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	38
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	39
B-[1500-03]	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	39
B-[1500-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	39
B-[1500-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	41
B-[1500-03].1.2	Ärztliche Leitung	41
B-[1500-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	41
B-[1500-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[1500-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	42
B-[1500-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	43
B-[1500-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	44
B-[1500-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	44
B-[1500-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	45
B-[1500-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	46
B-[1500-03].7.2	Kompetenzprozeduren	47
B-[1500-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	47
B-[1500-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	47
B-[1500-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	47

B-[1500-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	47
B-[1500-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	48
B-[1500-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	48
B-[1500-03].11	Personelle Ausstattung	49
B-[1500-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	49
B-[1500-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	49
B-[1500-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	49
B-[1500-03].11.2	Pflegepersonal	50
B-[1500-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	50
B-[1500-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	50
B-[1500-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	50
B-[2400-03]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	51
B-[2400-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[2400-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	51
B-[2400-03].1.2	Ärztliche Leitung	51
B-[2400-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	51
B-[2400-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[2400-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[2400-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	53
B-[2400-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	54
B-[2400-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	54
B-[2400-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	55
B-[2400-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	56
B-[2400-03].7.2	Kompetenzprozeduren	56
B-[2400-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	57

B-[2400-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	57
B-[2400-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	57
B-[2400-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	58
B-[2400-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	59
B-[2400-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	59
B-[2400-03].11	Personelle Ausstattung	60
B-[2400-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	60
B-[2400-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	60
B-[2400-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	60
B-[2400-03].11.2	Pflegepersonal	60
B-[2400-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	61
B-[2400-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	61
B-[2400-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	61
B-[0200-03]	Klinik für Geriatrie	62
B-[0200-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[0200-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	62
B-[0200-03].1.2	Ärztliche Leitung	62
B-[0200-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	63
B-[0200-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	63
B-[0200-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	66
B-[0200-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	67
B-[0200-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	68
B-[0200-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	68
B-[0200-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[0200-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	70

B-[0200-03].7.2	Kompetenzprozeduren	70
B-[0200-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-[0200-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	71
B-[0200-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	71
B-[0200-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	71
B-[0200-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	71
B-[0200-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-[0200-03].11	Personelle Ausstattung	71
B-[0200-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	71
B-[0200-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	71
B-[0200-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	71
B-[0200-03].11.2	Pflegepersonal	72
B-[0200-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	73
B-[0200-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	73
B-[0200-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	73
B-[0100-03]	Klinik für Innere Medizin	74
B-[0100-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[0100-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	74
B-[0100-03].1.2	Ärztliche Leitung	74
B-[0100-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	74
B-[0100-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[0100-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-[0100-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	77
B-[0100-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	78
B-[0100-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	78

B-[0100-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	79
B-[0100-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	80
B-[0100-03].7.2	Kompetenzprozeduren	80
B-[0100-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	81
B-[0100-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	81
B-[0100-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	81
B-[0100-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	81
B-[0100-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	81
B-[0100-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	81
B-[0100-03].11	Personelle Ausstattung	82
B-[0100-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	82
B-[0100-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	82
B-[0100-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	82
B-[0100-03].11.2	Pflegepersonal	82
B-[0100-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	83
B-[0100-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	83
B-[0100-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	83
B-[3600-03]	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	84
B-[3600-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	84
B-[3600-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	84
B-[3600-03].1.2	Ärztliche Leitung	84
B-[3600-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	85
B-[3600-03].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	85
B-[3600-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	86
B-[3600-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	87

B-[3600-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	88
B-[3600-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	88
B-[3600-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	89
B-[3600-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	90
B-[3600-03].7.2	Kompetenzprozeduren	91
B-[3600-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	91
B-[3600-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	91
B-[3600-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	91
B-[3600-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	91
B-[3600-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	91
B-[3600-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	91
B-[3600-03].11	Personelle Ausstattung	91
B-[3600-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	91
B-[3600-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	91
B-[3600-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	92
B-[3600-03].11.2	Pflegepersonal	92
B-[3600-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	92
B-[3600-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	92
B-[3600-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	92
B-[1600-03]	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	93
B-[1600-03].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	93
B-[1600-03].1.1	Fachabteilungsschlüssel	93
B-[1600-03].1.2	Ärztliche Leitung	93
B-[1600-03].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	93
B-[1600-03].3	Medizinische Leistungsangebote der	94

Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[1600-03].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B-[1600-03].6	Hauptdiagnosen nach ICD	95
B-[1600-03].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	96
B-[1600-03].6.2	Kompetenzdiagnosen	96
B-[1600-03].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	97
B-[1600-03].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	98
B-[1600-03].7.2	Kompetenzprozeduren	99
B-[1600-03].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	99
B-[1600-03].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	99
B-[1600-03].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	99
B-[1600-03].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	100
B-[1600-03].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	101
B-[1600-03].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	101
B-[1600-03].11	Personelle Ausstattung	102
B-[1600-03].11.1	Ärzte und Ärztinnen	102
B-[1600-03].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	102
B-[1600-03].11.1.2	Zusatzweiterbildung	102
B-[1600-03].11.2	Pflegepersonal	103
B-[1600-03].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	103
B-[1600-03].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	103
B-[1600-03].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	103
B-[2200]	Belegabteilung für Urologie	104
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	104
B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	104
B-[2200].1.2	Ärztliche Leitung	104

B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	104
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	105
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	105
B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	106
B-[2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	106
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen	106
B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	107
B-[2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	108
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren	108
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	108
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	108
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	108
B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	108
B-[2200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	109
B-[2200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	109
B-[2200].11	Personelle Ausstattung	109
B-[2200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	109
B-[2200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	109
B-[2200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	109
B-[2200].11.2	Pflegepersonal	109
B-[2200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	109
B-[2200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	109
B-[2200].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	109
C	Qualitätssicherung	110

C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	110
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	.....	110
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung		112
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen		112
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	197
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	197
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	197
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	197
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	197
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr		197
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	197
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	.....	198
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	.....	198
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	198
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	199
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		199
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		200
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	200

C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	201
------	---	-----

Vorwort

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

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

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

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

Einleitung

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 6.200 Patient*innen stationär behandelt.

Über 13.300 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.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Franziska Becker
Telefon	03632 67 1171
Fax	03632 67 1016
E-Mail	f.becker@kmg-kliniken.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

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

Links

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

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

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

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

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführerin
Titel, Vorname, Name	Franziska Becker
Telefon	03632 67 1171
Fax	03632 67 1016
E-Mail	f.becker@kmg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dirk Klebingat
Telefon	03634 52 1119

Fax	03634 52 1228
E-Mail	d.klebingat@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr.med. Oliver Altenkirch
Telefon	03632 65 1118
Fax	03632 67 1017
E-Mail	o.altenkirch@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

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

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	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	Franziska Becker
Telefon	03632 67 1171
Fax	03632 67 1016
E-Mail	f.becker@kmg-kliniken.de

KMG Klinikum Sondershausen - Ärztliche Leitung

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

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-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers

KMG Klinikum Thüringen Brandenburg GmbH

Träger-Art

privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Friedrich-Schiller-Universität Jena

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP01 - Akupressur
- 2 MP02 - Akupunktur
- In unserer Einrichtung wird Akupunktur im Rahmen der Geburtsvorbereitung angewendet.*
- 3 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
- Unser Sozialdienst berät Angehörige in allen Fragen der Entlassung, Weiterbehandlung und Brückenpflege.*
- MP04 - Atemgymnastik/-therapie
- 4 *Die Atemtherapie wird bei Erkrankungen und Funktionsstörungen der Lunge und des Stimmapparates angewendet. Die Leistungen werden von der Pflege und der Physiotherapie erbracht.*
- MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
- 5 *Babymassage*
- MP06 - Basale Stimulation
- 6 *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.*
- 7 MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
- 8 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
- 9 MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
- Eine Diabetesassistentin steht zur Behandlung eines Diabetes mellitus zur Verfügung.*
- MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
- 10 *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.*
- MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
- 11 *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.*
- 12 MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
- Ein spezielles Case Management wird angewendet.*
- 13 MP18 - Fußreflexzonenmassage
- MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
- 14 *Mit regelmäßig stattfindenden Kursen werden Informationen und Wissenswertes rund um die Geburt, zur Geburtsvorbereitung, Wochenbettbetreuung etc. geboten.*
- MP21 - Kinästhetik
- 15 *Die Kinästhetik ist ein Handlungskonzept, mit der die Bewegung von Patienten schonend unterstützt wird (z.B. ohne Heben und Tragen). Mit ihrer Hilfe soll die Motivation des Pflegebedürftigen durch die Kommunikation über Berührung und Bewegung deutlich verbessert werden.*
- MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
- 16 *Dies ist eine Behandlungsmaßnahme der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe.*
- 17 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
- Die manuelle Lymphdrainage ist die Leistung unserer Abteilung Physiotherapie.*
- 18 MP25 - Massage
- 19 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
- wird über speziell ausgebildetes Personal angeboten*
- 20 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 21 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
- 22 *Bei Bedarf steht konsiliarisch ein Psychologe und der Psychosozialdienst extern zur Verfügung.*
MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
- 23 *Eine Rückenschule ist in der Gesundheitseinrichtung fachübergreifend durch die Abteilung der Physiotherapie möglich.*
MP36 - Säuglingspflegekurse
- 24 *Werdende Eltern erhalten zahlreiche Tipps und Informationen über die notwendige Erstausrüstung und den richtigen Umgang mit dem Neugeborenen.*
MP37 - Schmerztherapie/-management
- 25 *Neben medikamentösen Therapiestrategien, regionalen und lokalen invasiven Verfahren ("Schmerzkatheter") und TENS-Anwendung kommt auch Akupunktur zum Einsatz.*
- 26 MP38 - Sehschule/Orthoptik
- 27 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
Sturzprophylaxe
- 28 MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
Progressive Muskelentspannung
- MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
- 29 *Sowohl die Hebammen unserer Einrichtung als auch die freiberuflichen Hebammen bieten Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse an.*
- 30 MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
MP43 - Stillberatung
- 31 *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".*
MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
- 32 *Wir bieten unseren Patienten die Möglichkeit einer externen Logopädin (sie ist Teil des geriatrischen Teams).*
- 33 MP45 - Stomatherapie/-beratung
Die Betreuung und Beratung von Patienten ist durch speziell geschultes Personal und ärztliche Mitarbeiter gegeben.
MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
- 34 *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
- 35 *Moorpackungen, die Therapie mit Rotlicht und Eispacks stehen u.a. in der Abteilung für Physiotherapie zur Verfügung.*
MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
- 36 *Die Durchführung von Wochenbett- und Rückbildungsgymnastik ist Aufgabe der Mitarbeiter der Physiotherapie.*
MP51 - Wundmanagement
- 37 *qualifizierte Wundexperten gewährleisten die professionelle Behandlung und Beratung zu allen Fragen der Wundbehandlung*
MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
- 38 *Patienten und Angehörige können sich im Gespräch mit unserem Sozialdienst über Selbsthilfegruppen beraten lassen und zu einem ersten Kontakt vermittelt werden.*
- 39 MP53 - Aromapflege/-therapie
- 40 MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
Diese Leistungsangebote werden in der Fachabteilung Geriatrie durch Ergotherapeuten angeboten.
- 41 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)

Med.pfleg. Leistungsangebot
MP62 - Snoezelen

42 *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.*

MP63 - Sozialdienst

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

MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

44 *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.*

45 MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien

MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen

46 *Im Bereich der Geriatrie wird die Schlucktherapie angeboten.*

MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter

47 Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege

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

48 MP70 - Spezielles Leistungsangebot für an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsangebot

NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

1 *Alle Patientenzimmer des Krankenhauses sind mit einer eigenen Nasszelle ausgestattet.*

NM05: Mutter-Kind-Zimmer

2 *Ein Mutter-Kind-Zimmer wird je nach Auslastung unserer Klinik angeboten.*

NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

3 *Alle Patientenzimmer des Krankenhauses sind mit einer eigenen Nasszelle versehen.*

NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher,

4 WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)

Auf der Website des Krankenhauses stehen Informationen zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten bereit.

NM07: Rooming-in

5 *Rooming-in ist auf der Geburtshilfe generell integriert.*

NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)

6 *Je nach Verfügbarkeit kann die Mitaufnahme einer Begleitperson (Übernachtung und Verpflegung) auf Selbstzahlbasis erfolgen.*

NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung

7 *Dieses Leistungsangebot wird über externe Beauftragte gewährleistet.*

NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen

8 *Wir bieten verschiedene Informationsveranstaltungen für unser Patienten und Patientinnen an.*

NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen

9 *Unsere Einrichtung kann mittels einer eigenen Küche durch kurze Informationswege schnell und unkompliziert auf Sonderwünsche reagieren.*

NM68: Abschiedsraum

10 *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 BF01 - Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
- 2 BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
- 3 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.
- 4 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
*Der Zugang zum Haus und alle Bereiche im Haus sind barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*
- 5 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
*Der Zugang zum Haus und alle Bereiche im Haus sind barrierefrei und für Besucher*innen mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar.*
- 6 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
Barrierefreie Patientenzimmer inkl. Nasszellen stehen in unserem Krankenhaus zur Verfügung.
- 7 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
Unsere Klinik ist größtenteils barrierefrei gestaltet. Wenn es notwendig ist, stehen unsere Mitarbeiter generell unterstützend zur Verfügung.
- 8 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
Unsere Aufzüge sind generell behindertengerecht.
- 9 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
*In unserem Haus sind rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher*innen vorhanden.*
- 10 BF11 - Besondere personelle Unterstützung
- 11 BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
Die Zimmer sind mit Signalanlagen ausgestattet.
- 12 BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
In allen Aufzügen sind visuelle Anzeigen vorhanden.
- 13 BF38 - Kommunikationshilfen
- 14 BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
In der gesamten Einrichtung sind Zeichen, um zu leiten, zu warnen oder zu informieren, vorhanden.
- 15 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.
- 16 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.

Aspekte der Barrierefreiheit

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

17 Körpergröße

Die Röntgenanlagen (z.B. CT, MRT) sind bis 150 kg Körpergewicht nutzbar.

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

18 Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten

Das Krankenhaus hält spezielle Untersuchungsgeräte wie Körperwaagen, Blutdruckmanschetten etc. vor.

BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer

19 Körpergröße, z.B. Patientenlifter

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

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

21 BF24 - Diätetische Angebote

Derartige Leistungsangebote werden vorgehalten

BF25 - Dolmetscherdienst

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

BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

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

24 BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus

25 BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung

26 BF39 - Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses

27 BF40 - Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage

28 BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

*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
- 1 FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
Für Studenten, Famulanten und für das Praktische Jahr stellen wir ein breites und ständig aktualisiertes Angebot zur Verfügung.
- 2 FL01 - Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
- 3 FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- # Ausbildung in anderen Heilberufen
- 1 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
Ausbildungsmöglichkeiten als Krankenpflegehelfer/in sind in unserer Gesundheitseinrichtung vorhanden.
- HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- 2 *Diese Ausbildung gibt es seit 2020 und löst die bisherige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger ab.*
- 3 HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
Ausbildungsmöglichkeiten als Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) werden seit 2021 angeboten.
- 4 HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
Ausbildungsmöglichkeiten werden angeboten.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	166
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	6236
Teilstationäre Fallzahl	2
Ambulante Fallzahl	13342
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				39,6
Beschäftigungsverhältnis	Mit	39,6	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	39,6

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				26,14
Beschäftigungsverhältnis	Mit	26,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	26,14

Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt				1
--------	--	--	--	---

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				2,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,12

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				2,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,12

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt				96,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	96,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	96,59

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				36,95
Beschäftigungsverhältnis	Mit	36,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	36,95

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

Gesamt				5,69
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,69

Ohne Fachabteilungszuordnung

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

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				8,86
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,86

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1,56
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,56

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				9,54
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,54

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				1,66
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,66

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

Gesamt				18,52
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,52	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	18,52

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				13,19
Beschäftigungsverhältnis	Mit	13,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	13,19

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				5,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,83

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				4,83
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,83

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				0,66
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,66

Ohne Fachabteilungszuordnung

Gesamt				0,66
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,66

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

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

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				2,1
--------	--	--	--	-----

Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,1

Ohne Fachabteilungszuordnung

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

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

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Geschäftsführer, Qualitätsbeauftragte, 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: 24.07.2025
- 2 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM04: Klinisches Notfallmanagement
- 3 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** LL_Notfallmanagement
Letzte Aktualisierung: 05.06.2025
RM05: Schmerzmanagement
- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Schmerzmanagement
Letzte Aktualisierung: 06.06.2025
RM06: Sturzprophylaxe
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP Sturzprophylaxe
Letzte Aktualisierung: 02.08.2024
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe
Letzte Aktualisierung: 25.03.2025
RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Einweisung Medizinprodukte
Letzte Aktualisierung: 11.04.2025
- 8 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
- 9 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
- 10 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 23.01.2025
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 12 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 23.01.2025
RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
- 13 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 23.01.2025
RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
- 14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Anästhesie Aufwachraum
Letzte Aktualisierung: 09.02.2024
RM18: Entlassungsmanagement
- 15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP Patientenentlassung
Letzte Aktualisierung: 04.10.2023

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes
Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 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 Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
Letzte Aktualisierung: 26.09.2025

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Maßnahmenplanung je nach geschildertem Sachverhalt nach Klassifizierung über Risikomatrix.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden
Fehlermeldesystem Ja

Genutzte Systeme

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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

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

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

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

Hygienefachkräfte (HFK)

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

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	16

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

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl ☐ Ja ☐

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
3	Beachtung der Einwirkzeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
2	Steriler Kittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
3	Kopfhaube	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
4	Mund-Nasen-Schutz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
5	Steriles Abdecktuch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl ☐ Ja ☐

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

Auswahl ☐ Ja ☐

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

Auswahl ☐ Ja ☐

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor ☐ Ja ☐

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

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl ☐ Ja ☐

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

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 Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen
Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 15,45

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen
Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 65

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
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
- ☒ OP-KISS
- ☒ SARI

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. 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
AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von |
| 3 | Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen) |
| 4 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
--	----

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>In Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i>
2	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>In Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i>
3	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
4	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja
5	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja
6	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich

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

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten die 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
eingrichtet 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. Pflegeteam 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

Leistungsart

Leistungsart 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	1028
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	69
2	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	53
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	46
5	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	36
6	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	28
7	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	24
8	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	22
9	K36	Sonstige Appendizitis	19
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	19
11	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	19
12	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	18
13	D12.8	Gutartige Neubildung: Rektum	16
14	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	15
15	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	14
16	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	14
17	K63.5	Polyp des Kolons	14
18	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	14
19	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	13
20	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	13
21	K29.6	Sonstige Gastritis	13
22	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	12
23	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	12
24	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	12
25	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	12
26	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	11
27	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	11
28	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	10
29	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	10
30	K61.2	Anorektalabszess	10

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	119
2	K40	Hernia inguinalis	94
3	K57	Divertikulose des Darmes	88
4	K35	Akute Appendizitis	57
5	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	55
6	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	41
7	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	40
8	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	38
9	K43	Hernia ventralis	34
10	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	32
11	K42	Hernia umbilicalis	25
12	K29	Gastritis und Duodenitis	24
13	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	22
14	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	21
15	K36	Sonstige Appendizitis	19
16	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	19
17	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	17
18	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	16
19	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	13
20	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	12
21	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	11
22	L05	Pilonidalzyste	11
23	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	10
24	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
25	K25	Ulcus ventriculi	8
26	N20	Nieren- und Ureterstein	8
27	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	7
28	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	7
29	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	7
30	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	6

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	184
2	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	110
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	102
4	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	95
5	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	94
6	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	90
7	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	70
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	67
9	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	64
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	62
11	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	59
12	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	57
13	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	48
14	5-932.42	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	33
15	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	31
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	27
17	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	25
18	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	24
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	23
20	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	23
21	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	23
22	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	17
23	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	17
24	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	17
25	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	16
26	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	16
27	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	16
28	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	16

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	15
30	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	15

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	221
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	184
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	143
4	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	115
5	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	112
6	5-511	Cholezystektomie	104
7	5-469	Andere Operationen am Darm	97
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	96
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	94
10	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	92
11	5-470	Appendektomie	70
12	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	59
13	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	57
14	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	53
15	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	33
16	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	33
17	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	33
18	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	31
19	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	27
20	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	26
21	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	23
22	5-549	Andere Bauchoperationen	23
23	1-654	Diagnostische Rektoskopie	17
24	9-401	Psychosoziale Interventionen	16
25	5-916	Temporäre Weichteildeckung	16
26	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	16
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	16
28	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	16
29	5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	15
30	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	13

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	231
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	142
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	97
4	5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	78
5	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	27
6	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	26
7	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	24
8	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	17
9	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	12
10	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	6
11	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	< 4
12	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
13	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
14	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4
15	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
16	8-123.01	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters: Wechsel: Mit jejunaler Sonde	< 4
17	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
18	5-491.12	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Transsphinkter	< 4
19	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
20	5-534.33	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	< 4
21	5-534.35	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	390
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	123
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	103
4	5-640	Operationen am Präputium	27
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	18
6	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
7	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
8	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
9	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
10	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
11	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
12	8-123	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters	< 4
13	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
14	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 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	6,54	Fälle je VK/Person	157,186554
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	6,54

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	5,12	Fälle je VK/Person	200,78125
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	5,12

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

39

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

Gesamt		9,65	Fälle je VK/Person	106,5285
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,65

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,9	Fälle je VK/Person	1142,22229
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,9

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,31	Fälle je VK/Person	784,732849
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,31

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1028
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.*
VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
- 8 *Wird ein umfangreiches diagnostisches und operatives Spektrum vorgehalten.*
VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
- 9 *Inklusive der Nutzung der Naturheilverfahren.*
VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- 10 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	768
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	214
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	43
3	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	27
4	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	27
5	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	24
6	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	18
7	O62.0	Primäre Wehenschwäche	16
8	O20.0	Drohender Abort	16
9	O42.11	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen	15
10	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	14
11	N84.0	Polyp des Corpus uteri	13
12	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	13
13	N81.1	Zystozele	12
14	O48	Übertragene Schwangerschaft	11
15	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	10
16	O99.6	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	9
17	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	9
18	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	8
19	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	8
20	N76.4	Abszess der Vulva	8
21	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	8
22	N95.0	Postmenopausenblutung	7
23	K66.0	Peritoneale Adhäsionen	6
24	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	6
25	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	6
26	O36.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie	6
27	O41.0	Oligohydramnion	6
28	O36.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung	5
29	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	5
30	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	5

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	214
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	43
3	O62	Abnorme Wehentätigkeit	43
4	O42	Vorzeitiger Blasensprung	42
5	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	30
6	N81	Genitalprolaps bei der Frau	25
7	D25	Leiomyom des Uterus	22
8	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	20
9	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	16
10	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	15
11	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	14
12	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	14
13	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	13
14	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	12
15	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	11
16	O48	Übertragene Schwangerschaft	11
17	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	11
18	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	9
19	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	9
20	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	9
21	N95	Klimakterische Störungen	8
22	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	8
23	O23	Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	8
24	O41	Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	6
25	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	6
26	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
27	K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	6
28	O03	Spontanabort	6
29	O82	Geburt eines Einlings durch Schnitterbindung [Sectio caesarea]	5
30	O63	Protrahierte Geburt	5

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	213
2	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	110
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	104
4	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	71
5	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	37
6	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	36
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	33
8	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	32
9	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	32
10	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	26
11	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	25
12	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	25
13	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	23
14	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	23
15	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	20
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	19
17	5-683.02	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	19
18	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	19
19	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	18
20	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	18
21	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	16
22	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	15
23	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	15
24	5-681.33	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch	15
25	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	12
26	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	11
27	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	9
28	8-911	Subarachnoidale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	7
29	5-728.0	Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang	7
30	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	7

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	225
2	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	110
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	104
4	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	71
5	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	53
6	5-740	Klassische Sectio caesarea	49
7	5-661	Salpingektomie	41
8	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	37
9	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	36
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	36
11	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	35
12	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	34
13	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	33
14	5-749	Andere Sectio caesarea	32
15	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	25
16	5-653	Salpingoovariektomie	24
17	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	24
18	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	22
19	5-469	Andere Operationen am Darm	22
20	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	20
21	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	20
22	5-738	Episiotomie und Naht	19
23	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	16
24	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	16
25	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	15
26	5-728	Vakuummentbindung	13
27	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	9
28	5-470	Appendektomie	7
29	8-911	Subarachnoidale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	7
30	1-559	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision	7

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	128
2	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	97
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	55
4	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	52
5	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	25
6	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	20
7	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	18
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	16
9	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	12
10	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	9
11	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	9
12	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
13	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	< 4
14	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
15	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
16	5-663.52	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
17	5-651.82	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
18	5-702.4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
19	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	< 4
20	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	< 4
21	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	< 4
22	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
23	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
24	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	< 4
25	1-493.30	Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben: Mamma: Durch Feinnadelaspiration	< 4
26	5-651.b2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
27	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 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]	167
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	128
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	55
4	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	25
5	5-661	Salpingektomie	20
6	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	16
7	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	12
8	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	10
9	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	9
10	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	4
11	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
12	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	< 4
13	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
14	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
15	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	< 4
16	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
17	1-493	Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben	< 4
18	5-671	Konisation der Cervix uteri	< 4
19	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	< 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		3,2	Fälle je VK/Person	240
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,2
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		2,2	Fälle je VK/Person	349,0909
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,2

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 39

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

Gesamt		3,09	Fälle je VK/Person	248,5437
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,09	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,09

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

Gesamt		4,54	Fälle je VK/Person	169,163
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,54	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,54

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	768
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,61	Fälle je VK/Person	1259,01636
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,61

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

Geriatrie bedeutet „Altersmedizin“, das heißt, es werden bevorzugt Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des höheren Lebensalters behandelt.

Ein wesentliches Kennzeichen ist eine Mehrfacherkrankung (Multimorbidität) der Betroffenen, wobei der Schwerpunkt auf akuten Erkrankungen liegt, die sich negativ auf Alltagsfähigkeiten und Selbständigkeit auswirken. Dabei betrachten wir den Patienten als Einheit von Körper, Geist und Seele. Er steht in seiner Gesamtheit im Mittelpunkt unseres Handelns. Wir arbeiten interdisziplinär zusammen, um den Bedürfnissen von psychosozialen und körperlichen Ansprüchen unserer Patienten in verschiedenen Lebenssituationen gerecht zu werden.

Unsere tägliche Arbeit orientiert sich an einem ganzheitlichen Menschenbild. In offenen Gesprächen mit unseren Patienten erfassen wir deren Wünsche, Bedarfe und Erwartungen. Wir stehen Ihnen beratend und organisierend im gesamten Aufenthalt sowie in der Nachversorgung zur Seite.

Das Ziel unserer täglichen Arbeit ist es, dass unsere Patienten ein möglichst selbstbestimmtes und weitgehend selbstständiges Leben führen können. Hierbei erarbeiten wir gemeinsam im stationären Aufenthalt Strategien und Lösungen, um gesundheitliche Einschränkungen zu bewältigen.

Im Bereich der Alterstraumatologie arbeiten wir eng mit den Kollegen der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie mit klaren Konzepten zusammen.

*Alle Patienten über 70 Jahre, die über unsere zentrale Notaufnahme in Sondershausen aufgenommen werden, erhalten hier ein spezifisches geriatrisches Screening, das sog. „ISAR-Screening“, um das Potential und den Behandlungsbedarf für eine akut stationäre geriatrische Behandlung vom ersten Kontakt im Krankenhaus zu evaluieren. Ziel ist es, diese Patienten so früh wie möglich an eine geriatrische Komplexbehandlung einzugliedern. Um unsere Patienten kümmert sich ein multidisziplinäres Team aus Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Pflegekräften, die besonders qualifiziert und ausgebildet sind.*

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
- 32 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 33 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

Medizinische Leistungsangebote

- 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*
- 68 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
 - im Rahmen der Nachbehandlung*

- # Medizinische Leistungsangebote
- 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
- 89 VO19 - Schulterchirurgie
im Rahmen der Nachbehandlung

Medizinische Leistungsangebote

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 483

Teilstationäre Fallzahl 2

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	43
2	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	31
3	E86	Volumenmangel	27
4	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	24
5	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	23
6	R26.3	Immobilität	21
7	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	13
8	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	11
9	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	9
10	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	9
11	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	8
12	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	8
13	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	8
14	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	7
15	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	6
16	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	6
17	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	6
18	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	6
19	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	5
20	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	5
21	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	4
22	S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile	4
23	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	4
24	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	4
25	S06.0	Gehirnerschütterung	4
26	S32.81	Fraktur: Os ischium	4
27	M54.4	Lumboischialgie	4
28	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	4
29	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	4
30	S32.3	Fraktur des Os ilium	< 4

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	159
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	32
3	E86	Volumenmangel	27
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	24
5	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	21
6	I50	Herzinsuffizienz	19
7	I63	Hirninfarkt	18
8	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	12
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	11
10	S06	Intrakranielle Verletzung	8
11	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	8
12	I21	Akuter Myokardinfarkt	7
13	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6
14	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	6
15	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5
16	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	5
17	N17	Akutes Nierenversagen	5
18	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	5
19	M54	Rückenschmerzen	5
20	M48	Sonstige Spondylopathien	4
21	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	4
22	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	4
23	S52	Fraktur des Unterarmes	< 4
24	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	< 4
25	N30	Zystitis	< 4
26	A41	Sonstige Sepsis	< 4
27	I35	Nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten	< 4
28	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4
29	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
30	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 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	396
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	81
3	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	54
4	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	51
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	33
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	30
7	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	27
8	3-206	Native Computertomographie des Beckens	27
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	24
10	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	20
11	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	16
12	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	15
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	14
14	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	13
15	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	12
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	11
17	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	10
18	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	10
19	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	8
20	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	7
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	7
22	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	7
23	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	7
24	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	7
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	6
26	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	5
27	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	5
28	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	4
29	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	4
30	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	470
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	81
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	81
4	8-854	Hämodialyse	59
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	32
6	3-206	Native Computertomographie des Beckens	27
7	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	27
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	27
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	15
10	3-202	Native Computertomographie des Thorax	14
11	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	13
12	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	12
13	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	10
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	10
15	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	7
16	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	7
17	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	7
18	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	7
19	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	4
20	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	4
21	8-132	Manipulationen an der Harnblase	4
22	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4
23	3-75x	Andere Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	< 4
24	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
25	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
26	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
27	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	< 4
28	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	< 4
29	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	< 4
30	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 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	2,44	Fälle je VK/Person	197,950821
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2,44
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	2,44	Fälle je VK/Person	197,950821
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2,44

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
2	ZF28 - Notfallmedizin

B-[0200-03].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt		8,81	Fälle je VK/Person	54,82406
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,81

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

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	644
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		4,4	Fälle je VK/Person	109,77272
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,4

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,56	Fälle je VK/Person	309,6154
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,56

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	483
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	483
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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

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	2528
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	159
2	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	147
3	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	134
4	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	98
5	R55	Synkope und Kollaps	80
6	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	60
7	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	58
8	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	58
9	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	43
10	K29.6	Sonstige Gastritis	37
11	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	36
12	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	36
13	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	35
14	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	30
15	A46	Erysipel [Wundrose]	26
16	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	26
17	J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥ 50 % und < 70 % des Sollwertes	25
18	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	24
19	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	24
20	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	22
21	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	20
22	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	20
23	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	19
24	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	19
25	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	19
26	J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	18
27	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	18
28	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	18
29	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	17
30	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	17

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	194
2	E86	Volumenmangel	159
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	151
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	111
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	100
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	98
7	R55	Synkope und Kollaps	80
8	K29	Gastritis und Duodenitis	76
9	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	74
10	J20	Akute Bronchitis	73
11	R07	Hals- und Brustschmerzen	70
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	53
13	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	47
14	D50	Eisenmangelanämie	39
15	I63	Hirnfarkt	31
16	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	31
17	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	31
18	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	30
19	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	26
20	A46	Erysipel [Wundrose]	26
21	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	26
22	I26	Lungenembolie	25
23	I21	Akuter Myokardinfarkt	25
24	G40	Epilepsie	24
25	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	21
26	K57	Divertikulose des Darmes	21
27	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	20
28	N17	Akutes Nierenversagen	20
29	K70	Alkoholische Leberkrankheit	19
30	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	19

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	498
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	430
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	404
4	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	396
5	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	279
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	231
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	216
8	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	208
9	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	182
10	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	146
11	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	122
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	120
13	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	118
14	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	116
15	3-202	Native Computertomographie des Thorax	108
16	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	84
17	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	81
18	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	76
19	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	70
20	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	58
21	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	43
22	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	42
23	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	41
24	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	41
25	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	29
26	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	24
27	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	23
28	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	21
29	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	21
30	8-148.0	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum	20

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1589
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	430
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	399
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	231
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	223
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	216
7	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	176
8	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	147
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	133
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	122
11	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	118
12	3-202	Native Computertomographie des Thorax	108
13	9-401	Psychosoziale Interventionen	82
14	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	58
15	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	47
16	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	43
17	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	42
18	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	41
19	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	39
20	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	30
21	5-469	Andere Operationen am Darm	27
22	8-854	Hämodialyse	23
23	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	21
24	8-148	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben	20
25	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	19
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	18
27	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	17
28	1-710	Ganzkörperplethysmographie	16
29	8-132	Manipulationen an der Harnblase	16
30	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	14

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	487
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	191
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	182
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
4	5-452.60	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen	128
5	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	51
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
6	5-452.61	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	42
7	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	21
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
8	5-452.62	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	7
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
9	5-452.63	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	< 4
10	5-661.62	Salpingektomie: Total: 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	699
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	233
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	178
4	5-661	Salpingektomie	< 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		10,55	Fälle je VK/Person	239,62085
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,55	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,55

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,39	Fälle je VK/Person	1057,7406
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,39

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 39

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

Gesamt		8,83	Fälle je VK/Person	286,296722
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,83

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	5056
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,86	Fälle je VK/Person	1359,13977
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,86

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

Gesamt		2,33	Fälle je VK/Person	1084,97864
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,33

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 (Bronchoskopie)
- 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

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)*
- 2 **VD01 - Diagnostik und Therapie von Allergien**
Behandlung der Folgen des schweren allergischen Schocks mit Atemnot und Kreislaufversagen.
- 3 **VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten**
In Zusammenarbeit mit der Fachabteilung Kardiologie findet die Behandlung des akuten Herzinfarktes mittels Lysetherapie (Auflösung des Thrombus) statt.
- 4 **VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes**
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)
- 5 **VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit**
Behandlung der Spätformen des Herzversagens verschiedener Ursachen (z.B. Bluthochdruck, Erkrankungen der Herzklappen, Hochdruck in den Lungengefäßen)
- 6 **VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen**
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.
- 7 **VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas**
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
- 8 **VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge**
Durchführung von nichtinvasiven (Aufsetzen einer Beatmungsmaske) oder invasiven (Einführung eines Beatmungsschlauchs zur maschinellen Beatmung) Beatmungsverfahren beim Versagen der Lungenfunktion, Therapie schwerer Asthmaanfälle inkl. Folgen. Durchführung von Langzeitbeatmung und deren Entwöhnung.
- 9 **VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten**
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.
- 10 **VC05 - Schrittmachereingriffe**
Passagere Schrittmachereingriffe
- 11 **VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen**
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.*

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	165
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	11
2	I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt	8
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	7
4	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	6
5	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	6
6	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	5
7	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	5
8	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	< 4
9	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	< 4
10	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	< 4
11	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4
12	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	< 4
13	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	< 4
14	A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	< 4
15	T43.2	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antidepressiva	< 4
16	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	< 4
17	K65.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	< 4
18	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	< 4
19	F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
20	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	< 4
21	K56.0	Paralytischer Ileus	< 4
22	T43.5	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antipsychotika und Neuroleptika	< 4
23	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
24	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
25	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	< 4
26	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	< 4
27	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
28	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
29	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	< 4
30	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	< 4

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	17
2	A41	Sonstige Sepsis	9
3	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	9
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	8
5	I50	Herzinsuffizienz	7
6	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6
7	S72	Fraktur des Femurs	6
8	I63	Hirninfarkt	6
9	T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	5
10	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	4
11	S06	Intrakranielle Verletzung	4
12	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
13	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
14	I26	Lungenembolie	< 4
15	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4
16	K80	Cholelithiasis	< 4
17	J93	Pneumothorax	< 4
18	K70	Alkoholische Leberkrankheit	< 4
19	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	< 4
20	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	< 4
21	K65	Peritonitis	< 4
22	G40	Epilepsie	< 4
23	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	< 4
24	K25	Ulcus ventriculi	< 4
25	I61	Intrazerebrale Blutung	< 4
26	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	< 4
27	J20	Akute Bronchitis	< 4
28	I47	Paroxysmale Tachykardie	< 4
29	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4
30	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	< 4

B-[3600-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	540
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	334
3	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	175
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	150
5	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	88
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	81
7	3-202	Native Computertomographie des Thorax	79
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	73
9	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	70
10	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	65
11	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	64
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	63
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	52
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	51
15	8-701	Einfache endotracheale Intubation	50
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	48
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	44
18	1-717.1	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials: Mit Indikationsstellung zur weiteren Beatmungsentwöhnungsbehandlung	31
19	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	26
20	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	26
21	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	25
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	3-201	Native Computertomographie des Halses	22
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	19
25	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	18
26	8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	18
27	3-206	Native Computertomographie des Beckens	18
28	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	17

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	17
30	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	15

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	540
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	443
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	200
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	173
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	150
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	88
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	81
8	3-202	Native Computertomographie des Thorax	79
9	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	74
10	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	73
11	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	73
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	67
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	52
14	8-701	Einfache endotracheale Intubation	50
15	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	49
16	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	44
17	8-854	Hämodialyse	37
18	1-717	Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials	32
19	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	28
20	5-469	Andere Operationen am Darm	25
21	3-201	Native Computertomographie des Halses	22
22	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	22
23	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	20
24	5-449	Andere Operationen am Magen	20
25	3-206	Native Computertomographie des Beckens	18
26	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmaproteinen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	18
27	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	15
28	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	14
29	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	13
30	5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	13

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	7,11	Fälle je VK/Person	23,20675
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	7,11
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	6,31	Fälle je VK/Person	26,14897
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	6,31

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

39

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

Gesamt		17,15	Fälle je VK/Person	9,62099
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,15

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

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	499,999969
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	165
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	1243
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	134
2	S06.0	Gehirnerschütterung	133
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	83
4	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	47
5	M20.2	Hallux rigidus	44
6	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	40
7	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	30
8	M54.4	Lumboischialgie	27
9	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	26
10	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	23
11	M20.1	Hallux valgus (erworben)	20
12	S82.82	Trimalleolarfraktur	15
13	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	15
14	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	15
15	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	14
16	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	13
17	M24.37	Pathologische Luxation und Subluxation eines Gelenkes, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	12
18	S20.2	Prellung des Thorax	12
19	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	11
20	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	11
21	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	10
22	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	9
23	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	9
24	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	9
25	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	8
26	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	8
27	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	7
28	S01.0	Offene Wunde der behaarten Kopfhaut	7
29	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	7
30	S52.30	Fraktur des Radiuschaftes, Teil nicht näher bezeichnet	7

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	142
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	139
3	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	86
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	76
5	S52	Fraktur des Unterarmes	73
6	M48	Sonstige Spondylopathien	71
7	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	65
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	60
9	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	45
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	43
11	S72	Fraktur des Femurs	39
12	M54	Rückenschmerzen	33
13	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	23
14	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	22
15	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	20
16	I70	Atherosklerose	19
17	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	16
18	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	13
19	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	12
20	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	10
21	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	9
22	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	9
23	S01	Offene Wunde des Kopfes	8
24	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	8
25	M47	Spondylose	8
26	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	7
27	M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	7
28	A46	Erysipel [Wundrose]	6
29	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	6
30	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	6

B-[1600-03].6.2 Kompetenzdiagnosen

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	236
2	5-851.1a	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß	232
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	176
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	147
5	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	104
6	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	88
7	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	85
8	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	85
9	5-931.0	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material	84
10	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	84
11	5-788.60	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I	77
12	3-206	Native Computertomographie des Beckens	73
13	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	72
14	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	70
15	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	68
16	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	68
17	5-788.63	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 3 Gelenke	64
18	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	64
19	5-854.0c	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Mittelfuß und Zehen	62
20	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	61
21	5-86a.12	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Vier Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen	60
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	58
23	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	53
24	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	51
25	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	50
26	5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk	48
27	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	48

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	5-83a.00	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 1 Segment	45
29	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	44
30	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	43

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	538
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	236
3	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	232
4	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	220
5	5-786	Osteosyntheseverfahren	210
6	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	176
7	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	140
8	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	138
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	104
10	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	94
11	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	88
12	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	85
13	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	84
14	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	84
15	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	79
16	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	75
17	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	74
18	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	74
19	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	74
20	3-206	Native Computertomographie des Beckens	73
21	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	62
22	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	59
23	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	58
24	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	52
25	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	47
26	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	44
27	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	43
28	3-202	Native Computertomographie des Thorax	39
29	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	39

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 Indikationssprechstunde 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	149
2	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	91
3	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	54
4	5-841.10	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Radiokarpalband	49
5	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	27
6	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	24
7	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	23
8	5-810.9h	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	19
9	5-851.1a	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß	12
10	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	11
11	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	8
12	5-788.60	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I	7
13	5-812.6	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, total	7
14	5-787.1v	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale	7
15	5-780.6v	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Metatarsale	6
16	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	6
17	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	6
18	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	5
19	5-787.kv	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Metatarsale	5
20	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	5
21	5-788.56	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I	4
22	5-056.3	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm	4
23	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	4
24	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	4
25	5-788.5e	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie	4
26	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	4
27	5-787.2n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	4
28	5-841.11	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Retinaculum flexorum	4
29	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	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	277
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	83
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	61
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	59
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	52
6	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	25
7	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	23
8	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	12
9	1-697	Diagnostische Arthroskopie	10
10	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	7
11	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	7
12	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	6
13	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	6
14	5-845	Synovialektomie an der Hand	5
15	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	4
16	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
17	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	< 4
18	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4
19	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
20	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
21	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
22	5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	< 4
23	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
24	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
25	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
26	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	< 4
27	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
28	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
29	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
30	1-513	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision	< 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	7,64	Fälle je VK/Person	162,696335
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,64	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	7,64

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	5,56	Fälle je VK/Person	223,561157
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	5,56

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

39

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

Gesamt		12,11	Fälle je VK/Person	102,642448
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,11

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	828,6667
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,15	Fälle je VK/Person	578,1395
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,15	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,15

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1243
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

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 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 3 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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

Empfehlung der DKG vom 17. September 2014

nach § 135c SGB V

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	21
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	10
2	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	< 4
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
4	N40	Prostatahyperplasie	< 4
5	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	< 4
6	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	< 4
7	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	< 4
8	N36.2	Harnröhrenkarunkel	< 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	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	< 4
4	N30	Zystitis	< 4
5	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	< 4
6	N35	Harnröhrenstriktur	< 4
7	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	< 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	15
2	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	4
3	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	4
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	< 4
6	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	< 4
7	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	< 4
8	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	< 4
9	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	< 4
10	5-582.0	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	< 4
11	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	< 4
12	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	< 4
13	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	< 4
14	8-900	Intravenöse Anästhesie	< 4
15	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	< 4
16	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	< 4
17	3-200	Native Computertomographie des Schädels	< 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	15
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	10
3	8-132	Manipulationen an der Harnblase	7
4	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	4
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4
6	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
7	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
8	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	< 4
9	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	< 4
11	8-900	Intravenöse Anästhesie	< 4
12	5-640	Operationen am Präputium	< 4
13	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 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	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	17
2	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	16
3	5-611	Operation einer Hydrocele testis	11
4	5-622.1	Orchidektomie: Skrotal, mit Epididymektomie	< 4
5	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschienen [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	< 4
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
7	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4
8	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-640	Operationen am Präputium	17
2	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	16
3	5-611	Operation einer Hydrocele testis	11
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	< 4
5	5-622	Orchidektomie	< 4
6	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
7	5-624	Orchidopexie	< 4
8	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 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	21
--------	---	-----------------------	----

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**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---	----

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	102
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	23
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

Fallzahl	12
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

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

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	0
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	151
Dokumentationsrate	100

Anzahl Datensätze Standort	91
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

16/1 - Geburtshilfe

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

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	104
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	49
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

18/1 - Mammachirurgie

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

CHE - Cholezystektomie

Fallzahl	239
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	109
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	395
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	133
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	273
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	144
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	261
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	171
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	21
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	225
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	143
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl	216
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	143
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5
Kommentar DAS	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

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

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,81
Fallzahl	
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,66
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes
Bezug zum Verfahren

QI

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,06

Vertrauensbereich bundesweit

1,03 - 1,09

Rechnerisches Ergebnis

0,30

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,03 - 1,41

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID

58002

Leistungsbereich

CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der

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

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 4,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das</p>

auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 4,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58001
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p>

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	3,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,01 - 5,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	4,37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58005
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2
 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,74 - 3,63
Fallzahl	
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,40
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58006
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 2,30
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 0,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5889
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	37,72
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5889
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,20
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5889
Beobachtete Ereignisse	5

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

Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5889
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00

Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	5889
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

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

Ergebnis-ID**51906**

Leistungsbereich

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

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG

entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	59
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,62
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 11,15

Fallzahl

Grundgesamtheit 21

Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich Sentinel Event

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 10211

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

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit %

Bundesergebnis 6,99

Vertrauensbereich bundesweit 6,63 - 7,35

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 21,72

Fallzahl

Grundgesamtheit 10

Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 10,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 172000_10211

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
17. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
18. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert	

wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID**612**

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

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67

Rechnerisches Ergebnis	84,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	63,58 - 95,34
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	16
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

22. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,63 - 1,95
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	7,80
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID

54016

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link

	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 2,37

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID**54017**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen

Fachlicher Hinweis IQTIG

sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,49
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,79
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 2,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 3,06
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID

54120

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link

entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	3,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,35 - 4,89

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	2,03

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID 191800_54120

Leistungsbereich HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 54120

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische

Fachlicher Hinweis IQTIG

Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	4,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,50 - 7,02
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	1,23

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

Ergebnis-ID 191801_54120

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p>

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	5,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,50 - 9,82

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

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

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

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

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,76

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID**54013**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das

Fachlicher Hinweis IQTIG

auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,61
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel

Fachlicher Hinweis IQTIG

Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	1,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,71 - 3,43
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,07

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	3,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,45 - 6,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	142
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	2,08
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A71
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und

Fachlicher Hinweis IQTIG

konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

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

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

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen

Fachlicher Hinweis IQTIG

werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 0,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,37 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

Fachlicher Hinweis IQTIG

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,07
Fallzahl	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,16
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

54042

Leistungsbereich

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 1,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	9,91
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist</p>

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

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	1,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,50 - 2,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,16

40. 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
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,60
Fallzahl	
Grundgesamtheit	138
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,67
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10

Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
------------------------------	---------------

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

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 75,00 %
-----------------	------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	
--	--

Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
------------------	----------------------------------

42. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID

56004

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit

%

Bundesergebnis

1,51

Vertrauensbereich bundesweit

1,38 - 1,66

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 %
-----------------	-----------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	
--	--

Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
------------------	----------------------------------

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

Ergebnis-ID

56008

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	$\leq 0,25 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte

Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist	

Fachlicher Hinweis IQTIG

dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen

Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist	

Fachlicher Hinweis IQTIG

dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis-ID	56104
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das

Fachlicher Hinweis IQTIG

auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
49. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten	
Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und

Fachlicher Hinweis IQTIG

konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56106
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
51. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert	
Ergebnis-ID	56107

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
52. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen	
Ergebnis-ID	56108

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
53. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor	
Ergebnis-ID	56109

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten

Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.</p>
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

N99

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

57. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung**Ergebnis-ID****56113**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5

Fachlicher Hinweis IQTIG

Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-</p>

patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	56115
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der	
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist

Fachlicher Hinweis IQTIG

dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56117
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität	

Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. 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
In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/	
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	95,02
Vertrauensbereich bundesweit	94,45 - 95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,04
Vertrauensbereich bundesweit	99,00 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,58 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	56
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

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

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,71 - 1,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	225
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	62,48
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

66. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	19,89
Vertrauensbereich bundesweit	19,70 - 20,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	182300_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	34,02
Vertrauensbereich bundesweit	33,69 - 34,35
Rechnerisches Ergebnis	31,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,56 - 46,98
Fallzahl	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	13

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

Ergebnis-ID	182301_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,02
Vertrauensbereich bundesweit	3,93 - 4,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID**182302_52249**

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

5

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

52249

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

7,92

Vertrauensbereich bundesweit

7,69 - 8,16

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

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

Ergebnis-ID**182303_52249**

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

6

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

52249

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

100

Vertrauensbereich bundesweit

99,95 - 100

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

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

Ergebnis-ID**182004_52249**

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	73,47
Vertrauensbereich bundesweit	73,19 - 73,75
Rechnerisches Ergebnis	66,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	50,33 - 79,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	24

73. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	93,11
Vertrauensbereich bundesweit	92,72 - 93,48
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

74. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	87,13
Vertrauensbereich bundesweit	86,47 - 87,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
75. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	75,51
Vertrauensbereich bundesweit	74,92 - 76,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
76. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen,

Fachlicher Hinweis IQTIG

kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,85 - 100
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	182009_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	47,41
Vertrauensbereich bundesweit	46,87 - 47,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,26 - 0,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,27
Vertrauensbereich bundesweit	0,25 - 0,28
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,70
Fallzahl	
Grundgesamtheit	222
Beobachtete Ereignisse	0

80. 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
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	222
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,56

81. 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

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

51831

PM-GEBH - Geburtshilfe

QI

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

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

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich Krankenhaus

Fallzahl

Grundgesamtheit

Beobachtete Ereignisse

1,16

1,04 - 1,30

0

0,00 - 244,68

Datenschutz

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 4,72 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit

%

Bundesergebnis

96,67

Vertrauensbereich bundesweit

96,41 - 96,91

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

83. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID****51803**

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 3,15
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

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

Ergebnis-ID	51808_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,23 - 1,60
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 56,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	224
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07

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

wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID** 51813_51803

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 2

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 51803

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis 1,13

Vertrauensbereich bundesweit 1,08 - 1,19

Rechnerisches Ergebnis 1,97

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,35 - 10,95

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

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

wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID** 51818_51803

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 3

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 51803

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis 0,98

Vertrauensbereich bundesweit 0,93 - 1,03

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 5,95

Fallzahl

Grundgesamtheit 222

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,63

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

Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID****51823_51803**

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

KKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

4

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

51803

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,24

Vertrauensbereich bundesweit

1,18 - 1,30

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 6,80

Fallzahl

Grundgesamtheit

222

Beobachtete Ereignisse

0

Erwartete Ereignisse

0,55

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

Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

181800

PM-GEBH - Geburtshilfe

TKez

DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

0,79

Vertrauensbereich bundesweit

0,72 - 0,86

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 19,11

Fallzahl

Grundgesamtheit

169

Beobachtete Ereignisse

0

Erwartete Ereignisse

0,20

89. 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
	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	159
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,15
90. 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
	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 55,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
91. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen	
Ergebnis-ID	182010
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

0,12

Vertrauensbereich bundesweit

0,10 - 0,15

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

92. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

2,63

Vertrauensbereich bundesweit	2,53 - 2,74
------------------------------	-------------

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

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,66 % (95. Perzentil)
-----------------	---------------------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	

93. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	8,49
----------------	------

Vertrauensbereich bundesweit	8,36 - 8,62
------------------------------	-------------

Rechnerisches Ergebnis	8,89
------------------------	------

Vertrauensbereich Krankenhaus	5,83 - 13,33
-------------------------------	--------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	225
-----------------	-----

Beobachtete Ereignisse	20
------------------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,76 % (95. Perzentil)
-----------------	----------------------------

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
---	-------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	

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	75
-----------------	----

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	75
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	60

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

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

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

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

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2.

Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt? Nein

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	47
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	0
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	0

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation (SDH INT) - Tagschicht	91,67 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (SDH INT) - Nachtschicht	66,67 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Tagschicht	75 %
4	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Nachtschicht	83,33 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Nachtschicht	100 %
7	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA- GEB) - Tagschicht	100 %
8	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA- GEB) - Nachtschicht	100 %
9	Geriatrie - Station 7 (Geri SDH) - Tagschicht	100 %
10	Geriatrie - Station 7 (Geri SDH) - Nachtschicht	100 %
11	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 8 (SDH Ortho-Uchi) - Tagschicht	91,67 %
12	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	65,03 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (SDH INT) - Nachtschicht	67,21 %
3	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Tagschicht	55,19 %
4	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 2/Station 6B (SDH Innere) - Nachtschicht	80,33 %
5	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Tagschicht	74,04 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 3 (SDH CHI) - Nachtschicht	72,4 %
7	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA- GEB) - Tagschicht	94,46 %
8	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station 6a (SDH FRA- GEB) - Nachtschicht	96,11 %
9	Geriatrie - Station 7 (Geri SDH) - Tagschicht	81,97 %
10	Geriatrie - Station 7 (Geri SDH) - Nachtschicht	72,68 %
11	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 8 (SDH Ortho-Uchi) - Tagschicht	73,52 %
12	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station 8 (SDH Ortho-Uchi) - Nachtschicht	70,7 %

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