



Kreisklinikum Siegen GmbH

Strukturierter Qualitätsbericht

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

für das Berichtsjahr 2018



Kreisklinikum Siegen



Inhalt

A Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
Name und Art des Krankenhausträgers	9
Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
Aspekte der Barrierefreiheit	15
Forschung und Lehre des Krankenhauses	17
Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	18
Gesamtfallzahlen	18
Personal des Krankenhauses	19
Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	30
Besondere apparative Ausstattung	40

B Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thorax-Chirurgie	42
Klinik für Anästhesie	54
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	60
Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Nephrologie und Dialyse)	64
Medizinische Klinik II (Innere Medizin, Pneumologie und Schlafmedizin)	74
Medizinische Klinik III (Kardiologie, Angiologie und kardiologische Intensivmedizin)	84
Klinik für Neurologie	91
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	101
Klinik für Neuroradiologie	111
Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie	118
Klinik für Urologie	132



C Qualitätssicherung

Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	142
Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	232
Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	232
Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	232
Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	232
Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	234
Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	234



Einleitung



Kreisklinikum Siegen - Eingangsbereich

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Krankenhäuser befinden sich in einem ständigen Wandlungsprozess.

Ökonomische Rahmenbedingungen verändern sich, die Medizintechnik schreitet voran, und die Anforderungen und Erwartungen an ein modernes Gesundheitsunternehmen steigen. Patienten erwarten zu recht, dass medizinische Behandlungen mit hoher Qualität erbracht werden. Gute ärztliche Behandlung und sorgfältige pflegerische Versorgung sind für Patienten selbstverständlich.

Wir möchten jedoch darüber hinaus die Qualität unserer Dienstleistung ständig optimieren und nutzen an dieser Stelle die Gelegenheit, Sie über die Veränderungen und Neuerungen in unserem Hause zu informieren.

Im Kontext der Optimierung unserer Dienstleistung kommt dem Qualitätsmanagement eine zentrale Aufgabe zu. Wir investieren deshalb seit Jahren in die kontinuierliche Weiterentwicklung des bestehenden Qualitäts-Management-Systems. Dort werden u.a. in sogenannten Qualitätsmanagement-Handbüchern Organisations- und Behandlungsprozesse definiert, sodass Sie - individuell angepasst an den einzelnen Patienten - doch standardisiert und qualitativ gleichbleibend durchgeführt werden.

Regelmäßige Patientenbefragungen sind ein wichtiges Mittel, Erwartungen der Patienten zu konkretisieren und damit die Qualität unserer Dienstleistung zu optimieren.



Die Ergebnisse der Patientenbefragungen zeigen z. B., dass Patientinnen und Patienten u. a. Ängste haben, im Krankenhaus Schmerzen zu erleiden.

Wir haben deshalb in Zusammenarbeit mit der Deutschen Schmerzgesellschaft gezielt ausgewertet, wie gut unsere Schmerztherapie insbesondere in den Fachbereichen Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Neurochirurgie und der Unfallchirurgie ist. Die Ergebnisse waren gut und zeigten eine hohe Zufriedenheit vieler Patienten.

Dennoch sahen wir auch Verbesserungsbedarf. In den letzten beiden Jahren konnten wir so durch besondere Narkoseverfahren und eine umfassende Schmerztherapie spürbare Verbesserungen erzielen. Im Jahr 2019 erfolgt die Zertifizierung unseres Hauses durch Certkom.

Im Fokus des vergangenen Jahres standen insbesondere die Rezertifizierungen für die Bereiche

- Gastroenterologie als "Klinik für Diabetes-Patienten geeignet"
- Regionales Traumazentrum
- Innere Medizin
- Pneumologie
- Urologie
- Anästhesie und Intensivmedizin
- Unfallchirurgie
- Zentrale Patientenaufnahme
- Neurologie

Alle Bereiche wurden erfolgreich rezertifiziert.

Die erfolgreiche Rezertifizierung unserer Stroke Unit war verbunden mit einer deutlichen Kapazitätserweiterung auf 16 Betten. Damit werden wir dem aktuellen Bedarf gerecht.

Mit der Anschaffung eines **OP-Roboters (DaVinci XI)** im November 2018 haben wir einen weiteren wichtigen Meilenstein für die medizin-technische Entwicklung des Kreisklinikums gesetzt. Das System gewährleistet noch schonendere **minimalinvasive OPs** in der Viszeral- und Thoraxchirurgie sowie in der Urologie. Die Effekte dieser schonenden OP-Technik zeigten sich bereits nach kurzer Zeit. Patienten konnten frühzeitiger das Krankenhaus verlassen und in den häuslichen Bereich zurückkehren.

Ich wünsche Ihnen jetzt eine interessante und informationsreiche Lektüre des vorliegenden Qualitätsberichtes.

Siegen im September 2019

Bertram Müller (Geschäftsführer)



Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Michaela Becker
Position	Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
Telefon	0271 / 705 - 2102
Fax	0271 / 705 - 1176
E-Mail	M.Becker@kreisklinikum-siegen.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Bertram Müller
Position	Geschäftsleiter
Telefon.	0271 / 705 - 2112
Fax	0271 / 705 - 2114
E-Mail	B.Mueller@kreisklinikum-siegen.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	https://www.kreisklinikum-siegen.de/
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none">◦ https://www.kreisklinikum-siegen.de/notfall/notrufnummern/ (Notrufnummern und Tipps zum Verhalten im Notfall)◦ http://www.siegen.de/willkommen/



A

Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses





A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Name	Kreisklinikum Siegen GmbH
Institutionskennzeichen	260591221
Standortnummer	00
Hausanschrift	Weidenauer Straße 76 57076 Siegen
Postanschrift	Weidenauer Straße 76 57076 Siegen
Internet	https://www.kreisklinikum-siegen.de/

Ärztliche Leitung

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Martin Grond	Ärztlicher Direktor - Chefarzt der Klinik für Neurologie	0271 / 705 - 1800	0271 / 705 - 1804	<a href="mailto:M.Grond@
Kreisklinikum-Siegen.de">M.Grond@ Kreisklinikum-Siegen.de

Pflegedienstleitung

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dirk Genz	Pflegedirektor	0271 / 705 - 1003	0271 / 705 - 1014	<a href="mailto:D.Genz@
Kreisklinikum-Siegen.de">D.Genz@ Kreisklinikum-Siegen.de

Verwaltungsleitung

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Christian Lohmann	Verwaltungsleiter	0271 / 705 - 2115	0271 / 705 - 2014	<a href="mailto:C.Lohmann@
Kreisklinikum-Siegen.de">C.Lohmann@ Kreisklinikum-Siegen.de



A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Kreisklinikum Siegen GmbH
Art	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	Philipps-Universität Marburg, Biegenstraße 10, D-35032 Marburg; http://www.uni-marburg.de/

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? ja



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	Insbesondere im Bereich der Pflege arbeiten wir im Kreisklinikum Siegen dort wo es fachlich als sinnvoll einzuschätzen ist nach dem Prinzip der basalen Stimulation.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Der Sozialdienst der Fachklinik für Psychiatrie bietet Beratung und Unterstützung bei geplanter beruflicher und medizinischer Rehabilitation.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Seit einigen Jahren ist eine Palliativeinheit Teil der Klinik für Neurologie. Hier werden gezielt Patienten behandelt, die aufgrund einer unheilbaren oder weit fortgeschrittenen neurologischen Erkrankung einer besonderen Behandlung bedürfen.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Die meisten MitarbeiterInnen der Abteilung Physiotherapie besitzen eine Zusatzausbildung im Bereich der Bobath-Therapie.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Ernährungsberaterinnen mit fundierten Kenntnissen und fachlicher Zusatzausbildung bieten Beratung und Therapiebegleitung für unsere Patienten.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Nähere Informationen zum Entlassmanagement finden Sie auf der Internetseite des Kreisklinikums Siegen: https://www.kreisklinikum-siegen.de/fileadmin/pdf/Flyer/entlassmanagement-ansicht-neu.pdf
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Die Mitarbeiterinnen der Ergotherapie arbeiten im somatischen Bereich schwerpunktmäßig in der Fachklinik für Neurologie. Im Bedarfsfall können Sie Patienten in anderen Fachkliniken beraten oder behandeln. In der Klinik für Psychiatrie ist ein weiteres Ergotherapie-Team beschäftigt.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Zur Koordinatin und Optimierung des Behandlungsablaufes wurden in den letzten Jahren sukzessive Casemanager in allen medizinischen Kliniken eingestellt.
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	In der Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	Fußpflege in Zusammenarbeit mit externen Anbietern. Bitte sprechen Sie dazu das Pflegepersonal der Station an.
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Die MitarbeiterInnen der Abteilung Physiotherapie können im gesamten Haus auf Anordnung des behandelnden Arztes tätig werden.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	Im Kreisklinikum Siegen werden Schmerzerkrankungen verschiedenster Art behandelt. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer homepage unter: https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-anaesthesie-intensivmedizin-schmerztherapie-notfallmedizin/schmerztherapie/
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	in der Psychiatrie: Freizeitgruppen, Selbstversorgungsgruppen, Psychoedukation, Medikamentengruppen, Wi- Gruppe, Erinnerungsgruppe



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Die Mitarbeiterinnen der Logopädie sind fachlich der Klinik für Neurologie zugeordnet und behandeln hier alle neurologisch bedingten Störungen der Sprache, des Sprechens und der Nahrungsaufnahme.
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	In Zusammenarbeit mit einer auf dieses Fachgebiet spezialisierten Firma.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Aphasiker-Selbsthilfegruppe mit regelmäßigen Treffen, tlw. unter Beteiligung eines Oberarztes der Klinik für Neurologie.
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Insbesondere angeboten durch die Ergotherapie.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/ Kognitives Training/Konzentrationstraining	Bei Störungen der höheren Hirnleistungen wie Kognition oder Gedächtnis sind alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen gefordert. Spezifisches Training dieser Kompetenzen kann durch die therapeutischen MitarbeiterInnen der Ergotherapie oder durch unsere Neuropsychologin erfolgen.
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Die meisten MitarbeiterInnen der Abteilung für Physiotherapie verfügen über fundierte Kenntnis und/oder eine Zusatzausbildung im Bereich PNF.
MP62	Snoezelen	Psychiatrie
MP63	Sozialdienst	Zentrale Aufgabe des Sozialdienstes ist die Unterstützung der Patienten und Angehörigen in allen sozialrechtlichen Angelegenheiten. Der Sozialdienst ist ab Aufnahmetag in die Behandlung involviert.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	



A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			Gemeinschafts- oder Aufenthaltsräume sind auf jeder Normalstation eingerichtet.
NM02	Ein-Bett-Zimmer			Ein-Bett-Zimmer gibt es auf allen Stationen.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Auf allen Stationen gibt es Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			Die Kosten für Begleitpersonen werden - sofern die Begleitung medizinisch begründet ist - von der Krankenkasse übernommen (z.B. bei Aufnahme von Kindern in der dem Kreisklinikum angeschlossenen Klinik für HNO der DRK Kinderklinik). Darüber hinaus kann eine kostenpflichtige Unterbringung stattfinden.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer			Zweibettzimmer mit Waschmöglichkeit im Zimmer gibt es z.B. auf der neurologischen Stroke Unit. Es steht dort ein separater geräumiger Waschraum mit Dusche für die Patienten zur Verfügung, der auch mit dem Rollstuhl befahren werden kann.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Auf allen Stationen gibt es Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle.
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	2,50 EUR pro Tag (max)		Fernsehgeräte sind kostenpflichtig im Rahmen der Multimediaanlage nutzbar. Es gibt zahlreiche TV-Sender inklusive SKY. Ab dem 10. Tag ist die Nutzung kostenlos.
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	3,00 EUR pro Tag (max)		Das Internet ist kostenpflichtig nutzbar im Rahmen der Multimediaanlage.
NM17	Rundfunkempfang am Bett	2,50 EUR pro Tag (max)		Das Radio ist an jedem Bettplatz nutzbar im Rahmen der Multimediaanlage.



Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM18	Telefon am Bett	0,50 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,15 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0,00 EUR bei eingehenden Anrufen		An jedem Bettplatz besteht die Möglichkeit, ein Telefon anzuschließen. Dieses ist im Rahmen der Multimediaanlage kostenpflichtig nutzbar.
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			Für jeden Bettplatz steht ein Schrank mit einem fest eingebauten abschließbaren Wertfach zur Verfügung.
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	1,00 EUR pro Stunde (max) 10,00 EUR pro Tag		Parkmöglichkeiten finden Sie rund um das Klinikgebäude und im krankenhauseigenen Parkhaus.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			Im Kreisklinikum Siegen ist ein Besuchsdienst eingerichtet. Diese Mitarbeiter stehen für persönliche Gespräche, Hilfe bei Formalitäten den Krankenhausaufenthalt betreffend und kleine Besorgungen zur Verfügung. In der Eingangshalle des Kreisklinikums ist ein Lotsendienst eingerichtet.
NM42	Seelsorge			In unserem Hause sind sowohl eine katholische als auch eine evangelische Seelsorgerin tätig.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Informationsveranstaltungen zu verschiedenen medizinischen Themen finden statt und werden über die lokale Presse bzw. die Homepage des Kreisklinikums Siegen veröffentlicht.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Wir bieten Vollkost, Schonkost, Strenge Schonkost, vegetarische und vegane Kost, passierte Kost, Diabetiker-Kost, Dialyse-Kost, islamische Kost und andere Sonderkostformen.		Verschiedene Essgewohnheiten oder -vorschriften zu berücksichtigen ist für uns eine Selbstverständlichkeit. Daher bieten wir eine großer Auswahl verschiedener Kostformen an.
NM67	Andachtsraum			Ein Andachtsraum, in dem regelmäßig kleine Gottesdienste stattfinden, ist Teil unseres Hauses.



A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	Mehrere neue Aufzüge sind mit einem akustischen Signal und einer mit Sprachansage ausgestattet. Einige Aufzüge in zentralen Bereichen des Neubaus sind mit Braille-Schrift versehen.
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Bei Bedarf begleiten unsere Mitarbeiter sehbehinderte oder blinde Personen auf ihrem Weg durch das Krankenhaus.
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	Alle Zimmer verfügen über eigene Sanitärbereiche.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	Alle Zimmer verfügen über eigene Sanitärbereiche.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	Alle Stationen und Serviceeinrichtungen sind mit dem Rollstuhl zu erreichen.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	Aufzüge im Neubau, die mit Braille-Schrift und teilweise mit Sprachansage ausgestattet sind, haben speziell große Bedientasten für Menschen mit Beeinträchtigungen. Alle übrigen Fahrstühle sind ebenfalls, vom Rollstuhl aus, sitzend zu bedienen.
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Anlaufpunkt für den Lotsendienst ist der Info-Stand in der Eingangshalle. Sollte eine Orientierungshilfe im Hause benötigt werden, hilft Lotsendienst, die entsprechende Abteilung oder Station sicher zu erreichen. Damit möchten wir erreichen, dass niemand lange sein Ziel im Krankenhaus suchen muss.
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Multiplikatoren für Demenz in der Pflege.
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	Standard in jedem OP: OP-Tische, die auf 2,40 m verlängerbar und bis zu 260 kg belastbar sind, Deckenlifter belastbar bis zu 300 kg



Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	Hilfsmittel werden immer an die speziellen Bedürfnisse des Patienten angepasst. Besondere Anfertigungen werden zeitgerecht beantragt und durch einen Sanitätsdienst beschafft.
BF23	Allergenarme Zimmer	
BF24	Diätetische Angebote	Verschiedene Kostformen sind standardmäßig im Kostplan enthalten (Vollkost, allg. Schonkost, strenge Schonkost, vegetar. Vollkost, Diabetikerkost, Dialysekost, Islamische Kost, passierte Kost und verschiedene Sonderkostformen).
BF25	Dolmetscherdienst	Ein Dolmetscherdienst mit vertraglicher Bindung steht zur Übersetzung schriftlicher Dokumente zur Verfügung. Mündliche Übersetzungshilfen bei Sprachproblemen in vielerlei Sprachen können durch MitarbeiterInnen erfolgen.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Übersetzt werden können: arabisch, chinesisch, englisch, französisch, griechisch, hebräisch, hindi, jugoslawisch, kasachisch, kiswahili, kroatisch, kurdisch, niederländisch, persisch, polnisch, rumänisch, russisch, schwedisch, slowakisch, spanisch, tschechisch, türkisch, ukrainisch und ungarisch.
BF27	Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für „Barrierefreiheit“	Die Patientenführerin des Hauses ist ebenfalls Ansprechpartnerin für Patienten mit Behinderungen.
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	Mitarbeiter des QM und der Verwaltung überprüfen fortlaufend das Haus auf Barrierefreiheit und erarbeiten Verbesserungen.
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden	Im Kreisklinikum Siegen ist ein Andachtsraum eingerichtet, in dem regelmäßig Gottesdienste abgehalten werden.



A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A 8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Professor Dr. med. Martin Grond ist apl. Professor der Universität zu Köln. Div. Lehraufträge Universität Siegen
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Praktische Ausbildung von Psychologen im Bereich Psychiatrie in Zusammenarbeit mit der Universität Gießen. In allen Kliniken PJ-Studenten der Universität Marburg.
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	Teilnahme an mehreren klinischen Studien in der Akut-Therapie und Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls, aktuell RESPECT ESUS (Boehringer Ingelheim), CL2-448-19-004 (SERVIER), BI Trial 116 248 (Boehringer Ingelheim).
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Teilnahme an mehreren Studien in der Akut-Therapie und Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls, aktuell GLORIA-AF (Boehringer Ingelheim) und PRODAST (Universitätsklinik Essen).
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Prof. Dr. med. Martin Grond ist Mitinitiator klinischer Studien in der Neurologie.
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Prof. Dr. med. Martin Grond ist Autor und Mitherausgeber med.-wiss. Literatur

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Eigene Krankenpflegeschule in Zusammenarbeit mit dem St. Marien-Krankenhaus Siegen und dem Diakonie Klinikum Jung-Stilling Siegen.
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	Praktische Ausbildung am Haus; Theoretische Ausbildung in Kooperation



A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten 595

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	22.137
Teilstationäre Fallzahl	98
Ambulante Fallzahl	55.167



A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	151,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	151,9
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	16,7
Stationäre Versorgung	135,2

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	74,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	74,9
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	9,5
Stationäre Versorgung	65,4
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	4
-----------------	---

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0



A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	452,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	452,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	5,42
Stationäre Versorgung	447,54

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	68,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	68,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	68,12

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	69,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	69,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	69,12

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	68,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	68,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	68,12

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5



davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	12,29
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,29
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	12,29

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,59

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0



Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Entbindungspfleger und Hebammen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0
---	---

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0



Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	43,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	43,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	11,45
Stationäre Versorgung	32,09

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	11,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,45
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	9,95
Stationäre Versorgung	1,5
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50



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

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	4,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,9
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,5
Stationäre Versorgung	4,4

Klinische Neuropsychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Kinder Jugendpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0



Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	8,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,3
Stationäre Versorgung	8,2

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,8

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,8



A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Diätassistent und Diätassistentin (SP04)

Anzahl Vollkräfte	3,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,5

Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05)

Anzahl Vollkräfte	4,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,3

Heilpädagoge und Heilpädagogin (SP09)

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1

Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)

Anzahl Vollkräfte	4,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,3



Musiktherapeut und Musiktherapeutin (SP16)

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1

Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)

Anzahl Vollkräfte	13,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	13,4

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)

Anzahl Vollkräfte	6,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,8
Stationäre Versorgung	5,5

Sozialpädagoge und Sozialpädagogin (SP26)

Anzahl Vollkräfte	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2

Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27)

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1



Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)

Anzahl Vollkräfte	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2

Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)

Anzahl Vollkräfte	13,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	13,4

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

Anzahl Vollkräfte	2,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,5

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

Anzahl Vollkräfte	15,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	15,5

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

Anzahl Vollkräfte	15,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	15,5



Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin (SP57)

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5

Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation (SP60)

Anzahl Vollkräfte	36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	36

Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik (SP61)

Anzahl Vollkräfte	118
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	118
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	118



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Robert Weller
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanager
Telefon	0271 705 2100
Fax	
E-Mail	R.Weller@Kreisklinikum-Siegen.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung und Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung und Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise



A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Prozessbeschreibung Innerklinischer Notfall; Prozessbeschreibung Wahrnehmung und Alarmierung Notfall 2016-11-15
RM05	Schmerzmanagement	Handbuch Schmerztherapie Kreisklinikum Siegen 2018-03-12
RM06	Sturzprophylaxe	Standard 31 Sturzprophylaxe 2011-05-03
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Standard 6 Dekubitusprophylaxe 2012-02-06
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Anordnung freiheitseinschränkender Maßnahmen Somatik; Standard 28 Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FEM); Anlage/Erläuterungen zum Standard Allg. 28, FEM, Somatik; 2016-05-24
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Verfahrensweisung Umgang mit defekten Geräten 2016-11-02
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Pathologiebesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Palliativbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust	OP-Statut 2015-09-02
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	OP Statut 2015-09-02
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	OP-Statut 2015-09-02
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	OP-Statut 2015-09-02



A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungswinteres Fehlermeldesystem?	ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	In 2010 wurde ein einrichtungswinteres Meldesystem "kritischer Ereignisse" eingerichtet. Dieses Meldesystem wurde in den Folgejahren weiter ausgebaut für Risiken, Beschwerden, Fehlermeldungen und Ideen in Bezug auf Qualitätsverbesserungen. Ein Gremium bearbeitet regelmäßig die eingehenden Meldungen. Eine Maßnahme zur Verbesserung der Patientensicherheit war die Einführung von Patientenarmbändern.

Einrichtungswinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungswinteres Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2015-04-07
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungswübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungswübergreifenden Fehlermeldesystem	ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf

Einrichtungswübergreifende Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungswübergreifendes Fehlermeldesystem
EF06	CIRS NRW (Ärztckammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)



A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1	Unser externer Krankenhaustygieniker ist Herr PD Dr. med. Frank-Albert Pitten vom Institut für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle GmbH; Siemensstraße 18, 35394 Gießen (http://www.iki-giessen.de/institutsprofil.html). Im Hause selbst ist seit Mai 2018 Herr Bruno Weber (Telefon 0271 705 601997) mit einer 0,5 Vollzeitstelle als Krankenhaustygieniker eingestellt worden.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2	Zwei Ärzte sind offiziell für das gesamte Haus berufen, zusätzlich sind in jeder Fachabteilung hygienebeauftragte Ärzte tätig.
Hygienefachkräfte (HFK)	2	Gitte Henrich 100%, Carolin Rasche 100% ab März, Maria Glase 100% ab 20. April in Elternzeit
Hygienebeauftragte in der Pflege	36	Jede Station ist durch ein oder mehrere hygienebeauftragte Pflegepersonen repräsentiert.
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet		ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission		halbjährlich

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Prof. Dr. med. Martin Grond
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Chefarzt Neurologie
Telefon	0271 705 1800
Fax	0271 705 1804
E-Mail	neurologie@kreisklinikum-siegen.de



A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?	nein
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja
Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	ja
Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	ja
Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor?	ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe?	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	ja
Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft?	nein



A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) ja

Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) ja

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden ja

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage ja

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen 20 ml/Patiententag

Ist eine Intensivstation vorhanden? ja

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen 94 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? ja

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)? ja

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden). ja

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen? ja

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen? ja



A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> ITS-KISS <input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS <input checked="" type="checkbox"/> OP-KISS <input checked="" type="checkbox"/> STATIONS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Teilnahme am MRE_Netzwerk Nordwest, sowie MRE-Netzwerk Siegen-Wittgenstein	Qualitätssiegel MRE Siegen-Wittgenstein in 2017
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Interne Netzwerktreffen Hygiene alle zwei Monate mit Schulung und Austausch über hygienerelevante Themen. Zusätzlich bieten wieder zweimal jährlich eine Schulung "Aktuelles aus der Hygiene" für interessierte Mitarbeiterinnen an.



A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	ja	Eine systematische Bearbeitung möglicher Beschwerden erfolgt durch die Geschäftsführung, Qualitätsmanagement und die Stelle für Öffentlichkeitsarbeit im Kreisklinikum Siegen.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Das Vorgehen ist schriftlich definiert.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Mögliche mündliche Beschwerden werden im Hause dokumentiert und dann bearbeitet.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Fragebögen für das Beschwerdemanagement werden regelhaft allen stationären Patienten ausgehändigt. Der Rücklauf ist über spezielle Briefkästen in allen Bereichen der Klinik möglich.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Eingehende Beschwerden werden nach Möglichkeit innerhalb einer Woche bearbeitet.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	ja	Ansprechpersonen sind der Geschäftsführer, der Qualitätsmanager und die Mitarbeiterin für Öffentlichkeitsarbeit.
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	ja	Eine Patientenfürsprecherin ist benannt. Der Kontakt kann über die Internet-Seite des Kreisklinikums eingesehen werden.
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	ja	
Patientenbefragungen	ja	◦ Patientenbefragung mit Hilfe eines externen Instituts werden im mehrjährigen Rhythmus durchgeführt. Die Befragung wird mit Hilfe des Pickerinstituts durchgeführt und die Ergebnisse werden in allen Bereichen der Klinik kommuniziert. Dazu erhalten alle stationären Patienten einen entsprechenden Fragebogen. Darüber hinaus haben wir eine kontinuierliche interne Patientenbefragung etabliert, deren Ergebnisse regelhaft im Haus ausgewertet werden.
Einweiserbefragungen	ja	◦ Einweiserbefragungen werden im mehrjährigen Rhythmus durchgeführt. Die Befragungen werden mit Hilfe des Pickerinstituts durchgeführt und die Ergebnisse werden in allen Bereichen der Klinik kommuniziert.



Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Robert Weller	Qualitätsmanagement	0271/705 -2100		R.Weller@Kreisklinikum-Siegen.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Monika Gassmann	Patientenfürsprecherin	0151 40762124		info@Kreisklinikum-Siegen.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe ja – Arzneimittelkommission
oder ein zentrales Gremium, die oder
das sich regelmäßig zum Thema
Arzneimitteltherapiesicherheit
austauscht?

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit	eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit
Name	Prof. Dr. med. Martin Grond
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor/Chefarzt der Klinik für Neurologie
Telefon	0271 705 1801
Fax	0271 705 1804
E-Mail	M.Grond@Kreisklinikum-Siegen.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0
Kommentar/ Erläuterung	Versorgung über eine externe Lieferapotheke.



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.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten



A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	ja	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	ja	
AA18	Hochfrequenzthermo therapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	APC-Beamer
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	ja	
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	-	in Zusammenarbeit mit St. Marien-Krankenhaus
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	ja	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	nein	Kooperation mit der Kinderklinik Siegen, Beatmungsgerät wird bei Bedarf zur Verfügung gestellt
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	ja	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	ja	
AA69	Linksherzkatheterlabor		ja	
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall		ja	



Teil B Struktur und Leistungsdaten der Fachabteilungen



B-1 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thorax-Chirurgie

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thorax-Chirurgie

Fachabteilungsschlüssel 1500

Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name PD Dr. med. Alexander Beham

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie

Telefon 0271 / 705 - 1501

Fax 0271 / 705 - 1504

E-Mail A.Beham@Kreisklinikum-Siegen.de

Strasse / Hausnummer Weidenauer Straße 76

PLZ / Ort 57076 Siegen

URL <https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-allgemein-und-viszeralchirurgie/>

B-1.2 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 nach § 135c SGB V

keine Zielvereinbarung getroffen



B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC00	Koloproktologie	Die Sektion Koloproktologie der chirurgischen Klinik hat sich zum Ziel gemacht, durch Spezialisierung Ansprechpartner für Patienten mit After- und Enddarmkrankungen zu sein.
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC11	Lungenchirurgie	Gut- und bösartige Erkrankungen der Lunge.
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	Gut- und bösartige Erkrankungen der Speiseröhre, die sowohl offen als auch mit dem Da Vinci - Roboter System versorgt werden.
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC21	Endokrine Chirurgie	Erkrankungen der Nebenniere.
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Versorgung sowohl des oberen als auch des unteren Gastrointestinaltraktes bei gut- und bösartigen Erkrankungen.
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	Operative Versorgung gut- und bösartiger Tumore des gesamten Gastrointestinaltraktes sowie der Leber und der Bauchspeicheldrüse.
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	Operative Versorgung abdomineller Traumata.
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Durchführung komplexer laparoskopischer Eingriffe mit dem Da Vinci - Roboter System sowie konventionell Laparaskopie im Rahmen der Standardversorgung.
VC58	Spezialsprechstunde	Proktologie, Stoma- und Inkontinenzprobleme Tumor-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Adipositasprechstunde, Herniensprechstunde.
VC59	Mediastinoskopie	
VC60	Adipositaschirurgie	Multimodale Betreuung von Patienten mit Adipositas im interdisziplinären Team inklusive bariatrisch-metabolischer Operationen.
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC63	Amputationschirurgie	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VG00	weitere Untersuchungsverfahren:	Gastroskopie, Koloskopie, Proktoskopie (Spiegelung des Anus), Rectoskopie (Spiegelung des Enddarms), Manometrie



Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VG07	Inkontinenzchirurgie	mit Neurostimulation und Schließmuskelrekonstruktion
VH26	Laserchirurgie	Laserchirurgie des Mast- und Enddarmes.
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Diagnostik und Therapie entzündlicher Darmerkrankungen, z.B. Colitis ulcerosa, M. Crohn.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Die Allgemein Chirurgie mit dem Schwerpunkt Koloproktologie ist zertifiziertes Darmzentrum der DGVC und Referenzzentrum für entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Colitis Ulcerosa, M. Crohn) und Koloproktologie sowie Hospitations- und Kompetenzzentrum des Berufsverbandes der Koloproktologen Deutschlands.
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Operative Sanierung von bösartigen Erkrankungen des Peritoneums durch operative Tumorreduktion und HIPEC.
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Gut- und bösartige Erkrankungen der Pleura wie Empyem, Pneumothorax und sekundäre bösartige Neubildungen der Pleura sowie Mesotheliome.
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VN00	Biopsie entzündlicher Gefäßerkrankungen	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	Nervenbiopsie, Muskelbiopsie.
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VU18	Schmerztherapie	

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.514
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K40	162	Hernia inguinalis
K80	150	Cholelithiasis
K62	121	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums
K35	88	Akute Appendizitis
K60	80	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion
K56	79	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
K64	68	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
K43	65	Hernia ventralis
K57	57	Divertikulose des Darmes
K42	56	Hernia umbilicalis
N81	39	Genitalprolaps bei der Frau
R10	34	Bauch- und Beckenschmerzen
L02	31	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel
L05	29	Pilonidalzyste
C18	21	Bösartige Neubildung des Kolons
K61	21	Abszess in der Anal- und Rektalregion
C20	19	Bösartige Neubildung des Rektums
R15	18	Stuhlinkontinenz
A09	17	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
E66	17	Adipositas
A46	15	Erysipel [Wundrose]
K44	12	Hernia diaphragmatica
K63	12	Sonstige Krankheiten des Darmes
L03	12	Phlegmone
C78	11	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
K66	11	Sonstige Krankheiten des Peritoneums
N39	10	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
T81	10	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
C34	9	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
D12	9	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus
K59	8	Sonstige funktionelle Darmstörungen
D17	7	Gutartige Neubildung des Fettgewebes
K29	7	Gastritis und Duodenitis
K52	7	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
K81	7	Cholezystitis
C15	6	Bösartige Neubildung des Ösophagus
L89	6	Dekubitalgeschwür und Druckzone



ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C16	5	Bösartige Neubildung des Magens
E11	5	Diabetes mellitus, Typ 2
J86	5	Pyothorax
K25	5	Ulcus ventriculi
K55	5	Gefäßkrankheiten des Darmes
C77	4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
I89	4	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten
K36	4	Sonstige Appendizitis
L72	4	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut
T85	4	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate

Diagnosen, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal vorkamen, sind nicht aufgeführt.



B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-469	438	Andere Operationen am Darm
5-932	273	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
8-502	225	Tamponade einer Rektumblutung
5-482	177	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums
5-511	175	Cholezystektomie
5-530	164	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-98c	152	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
5-399	146	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-377	145	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
5-896	142	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-916	128	Temporäre Weichteildeckung
5-493	127	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
5-491	118	Operative Behandlung von Analfisteln
5-492	112	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
9-984	106	Pflegebedürftigkeit
5-470	97	Appendektomie
5-985	94	Lasertechnik
5-455	90	Partielle Resektion des Dickdarmes
5-541	90	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
5-484	73	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
5-534	68	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-486	62	Rekonstruktion des Rektums
5-536	60	Verschluss einer Narbenhernie
8-176	58	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss
8-800	51	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5-895	49	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-892	46	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
1-100	45	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie
5-490	45	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
5-454	41	Resektion des Dünndarmes
1-502	39	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
5-894	39	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
3-055	38	Endosonographie der Gallenwege
5-340	38	Inzision von Brustwand und Pleura
3-05a	37	Endosonographie des Retroperitonealraumes
1-653	36	Diagnostische Proktoskopie
3-056	36	Endosonographie des Pankreas
3-054	32	Endosonographie des Duodenums
1-620	31	Diagnostische Tracheobronchoskopie
5-545	31	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum



OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-406	30	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation
1-654	29	Diagnostische Rektoskopie
5-897	29	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
8-190	27	Spezielle Verbandstechniken
5-850	26	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
8-812	26	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
8-144	25	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
5-448	24	Andere Rekonstruktion am Magen
8-179	24	Andere therapeutische Spülungen
1-694	22	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
5-401	22	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
5-434	20	Atypische partielle Magenresektion
5-059	19	Andere Operationen an Nerven und Ganglien
5-464	19	Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma
5-524	17	Partielle Resektion des Pankreas
5-535	17	Verschluss einer Hernia epigastrica
5-543	17	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe
5-344	16	Pleurektomie
1-691	15	Diagnostische Thorakoskopie und Mediastinoskopie
8-831	15	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
5-489	13	Andere Operation am Rektum
5-538	13	Verschluss einer Hernia diaphragmatica
8-832	13	Legen und Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis
5-865	12	Amputation und Exartikulation Fuß
1-587	11	Biopsie an Blutgefäßen durch Inzision
5-333	11	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
5-467	11	Andere Rekonstruktion des Darmes
1-513	10	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision
5-345	10	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]
5-465	10	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas
5-462	9	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes
5-546	9	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum
5-590	9	Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe
5-496	8	Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates
5-549	8	Andere Bauchoperationen
6-003	8	Applikation von Medikamenten, Liste 3
8-152	8	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
5-322	7	Atypische Lungenresektion
5-459	7	Bypass-Anastomose des Darmes
5-542	7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand
5-900	7	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
9-200	7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
1-551	6	Biopsie an der Leber durch Inzision
1-559	6	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision
5-413	6	Splenektomie
5-461	6	Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff



OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-485	6	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung
5-501	6	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)
5-502	6	Anatomische (typische) Leberresektion
5-987	6	Anwendung eines OP-Roboters
8-018	6	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
5-424	5	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität
5-449	5	Andere Operationen am Magen
5-456	5	(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie
5-460	5	Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff
5-466	5	Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata
5-512	5	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)
5-864	5	Amputation und Exartikulation untere Extremität
5-934	5	Verwendung von MRT-fähigem Material
1-586	4	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision
3-13c	4	Cholangiographie
5-324	4	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-388	4	Naht von Blutgefäßen
5-426	4	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität
5-435	4	Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)
5-499	4	Andere Operationen am Anus
5-505	4	Rekonstruktion der Leber
5-523	4	Innere Drainage des Pankreas
5-531	4	Verschluss einer Hernia femoralis
5-540	4	Inzision der Bauchwand
5-652	4	Ovariectomie
5-898	4	Operationen am Nagelorgan
8-173	4	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle
8-177	4	Therapeutische Spülung des Retroperitonealraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss
8-987	4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]

Prozeduren, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal durchgeführt wurden, sind nicht aufgeführt.



B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
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)	Proktologie-sprechstunde	Spezial-sprechstunde (VC58)	Montag bis Freitag 08:00 bis 14:00 Uhr.
AM07	Privatambulanz	Privatsprechstunde PD Dr. med. A. Beham		Montags von 8:00 bis 11:00 Uhr
AM07	Privatambulanz	Adipositassprechstunde		Donnerstag von 08:00 bis 11:00 Uhr.
AM08	Notfallambulanz (24h)	Chirurgische Notfallambulanz		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			Spezialsprechstunden: Herniensprechstunde: Montags von 11:00 bis 14:00 Uhr, Thorax-Sprechstunde Montags von 14:00 bis 15:00 Uhr .

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-399	39	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-530	22	Verschluss einer Hernia inguinalis
3-614	5	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches
5-534	5	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-531	\< 4	Verschluss einer Hernia femoralis
1-502	\< 4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
5-385	\< 4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
5-491	\< 4	Operative Behandlung von Analfisteln
5-536	\< 4	Verschluss einer Narbenhernie
5-850	\< 4	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
1-513	\< 4	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision
5-041	\< 4	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven
5-056	\< 4	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-469	\< 4	Andere Operationen am Darm
5-897	\< 4	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	9,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,5
Stationäre Versorgung	8,5
Fälle je VK/Person	178,11764

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,3
Stationäre Versorgung	4,7
Fälle je VK/Person	322,12765
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	Weiterbildungsbefugnis Basisweiterbildung Chirurgie: 24 Monate (PD Dr. med. A. Beham und Dr. med. G. Weyand, Ärzte sind gemeinsam zur Weiterbildung befugt)
AQ13	Viszeralchirurgie	Weiterbildungsbefugnis Viszeralchirurgie: 48 Monate (PD Dr. med. A. Beham)
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF34	Proktologie	Weiterbildungsbefugnis Proktologie: 12 Monate (Dr. med. G. Weyand)
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	Weiterbildungsbefugnis spezielle Viszeralchirurgie: 36 Monate (PD Dr. med. A. Beham)



B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	17,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	17,05
Fälle je VK/Person	88,79765

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	0,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,79
Fälle je VK/Person	1916,45569

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte	1,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,5
Fälle je VK/Person	1009,33333

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5
Fälle je VK/Person	3028,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement
Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement



B-2 Klinik für Anästhesie

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Anästhesie

Fachabteilungsschlüssel 3600

Art der Abteilung Nicht bettenführende Abteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name Prof. Dr. med. Martin Zoremba

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Anästhesie; Ärztl. Leitung
Operativ/Neurologische Intensivstation

Telefon 0271 / 705 - 1701

Fax 0271 / 705 - 1704

E-Mail M.Zoremba@Kreisklinikum-Siegen.de

Strasse / Hausnummer Weidernauer Straße 76

PLZ / Ort 57076 Siegen

URL <https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-anaesthesie-intensivmedizin-schmerztherapie-notfallmedizin/>

B-2.2 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 nach § 135c SGB V keine Zielvereinbarung getroffen



B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI00	Notfallmedizin	Schockraummanagement, Notarztstandort, innerklinische Notfallversorgung
VI00	spezielle anästhesiologische Intensivmedizin	
VI20	Intensivmedizin	
VI40	Schmerztherapie	Therapie chronischer Schmerz im Rahmen des stationären Aufenthaltes.
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	in Zusammenarbeit mit der Klinik für Neurologie
VX00	anästhesiologische Versorgung der operativen Abteilungen	Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Neurochirurgie Unfallchirurgie, Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie Urologie Neurologie Radiologie und Neuroradiologie (CT, Angiographie, MRT) Psychiatrie Augenheilkunde Medizinische Kliniken I-III Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde an der DRK-Kinderklinik

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-915	1473	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
8-930	966	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-98f	308	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-831	272	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8-701	116	Einfache endotracheale Intubation
8-910	97	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
8-706	47	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8-854	31	Hämodialyse
8-771	24	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
5-311	12	Temporäre Tracheostomie
8-857	7	Peritonealdialyse
8-932	7	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes
8-607	4	Hypothermiebehandlung
8-125	\< 4	Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungssonde
8-980	\< 4	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
5-312	\< 4	Permanente Tracheostomie
8-700	\< 4	Offenhalten der oberen Atemwege
8-779	\< 4	Andere Reanimationsmaßnahmen
8-914	\< 4	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie



B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Anästhesie-Ambulanz		Unsere Anästhesie-Ambulanz ist jeden Tag von 10.30 Uhr bis 16.00 Uhr geöffnet. Der Schwerpunkt unserer Anästhesie-Ambulanz liegt in der Prämedikationssprechstunde für alle ambulanten, prästationären und stationären Patienten.

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte		18,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		18,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung	Alle in der Fachklinik tätigen Ärzte werden auch in der ambulanten Versorgung eingesetzt.	0,5
Stationäre Versorgung		17,8
Fälle je VK/Person		

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte		10,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		10,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		0,3
Stationäre Versorgung		10
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	Weiterbildungsbefugnis Anästhesiologie: 48 Monate (Prof. Dr. Martin Zoremba)
AQ59	Transfusionsmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	Weiterbildungsbefugnis Notfallmedizin: 6 Monate (Prof. Dr. Martin Zoremba)
ZF30	Palliativmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	Weiterbildungsbefugnis spezielle Schmerztherapie: 12 Monate (Prof. Dr. med. M. Zoremba)



B-2.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	17,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	17,31
Fälle je VK/Person	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement



B-3 Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art der Abteilung	Belegabteilung

Leitende Belegärztin/Leitender Belegarzt

Name	Dr. med. Wiebke Eisfeld
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegärztin HNO
Telefon	0271 / 54300
Fax	
E-Mail	info@Kreisklinikum-Siegen.de
Strasse / Hausnummer	Weidenauer Straße 76
PLZ / Ort	57076 Siegen

Name	Dr. med. Joachim Lueg
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt HNO
Telefon	0271 / 53364
Fax	
E-Mail	info@Kreisklinikum-Siegen.de
Strasse / Hausnummer	Weidenauer Straße 76
PLZ / Ort	57076 Siegen

Name	Dr. med. Mathias Eisfeld
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt HNO
Telefon	0271 / 54300
Fax	
E-Mail	info@Kreisklinikum-Siegen.de
Strasse / Hausnummer	Weidenauer Straße 76
PLZ / Ort	57076 Siegen

Name	Dr. med. Alexander Heß
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt HNO
Telefon	0271 / 76076
Fax	
E-Mail	info@Kreisklinikum-Siegen.de
Strasse / Hausnummer	Weidenauer Straße 76
PLZ / Ort	57076 Siegen

B-3.2 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 nach § 135c SGB V	keine Zielvereinbarung getroffen
--	----------------------------------



B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VH00	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	499
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J35	302	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
J34	163	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen
T81	13	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
J38	12	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert
J32	6	Chronische Sinusitis
H65	\< 4	Nichteitrige Otitis media
J36	\< 4	Peritonsillarabszess

siehe „Ergänzung zum Strukturierten Qualitätsbericht für 2018“

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

keine Angaben

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	4
Fälle je VK/Person	124,75000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	

B-3.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	Die stationäre Versorgung der HNO-Patienten wird durch einen Kooperationsvertrag mit der DRK-Kinderklinik Siegen geregelt und durch diese gewährleistet.	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		0
Stationäre Versorgung		0
Fälle je VK/Person		0,00000



B-4 Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Nephrologie und Dialyse)

B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Nephrologie und Dialyse)

Fachabteilungsschlüssel 0400

Art der Abteilung Hauptabteilung

Weitere Fachabteilungsschlüssel Gastroenterologie (0700)

Chefärztinnen/-ärzte

Name Dr. med. Stefan Schanz

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Medizinische Klinik I für Gastroenterologie, Nephrologie und Dialyse

Telefon 0271 / 705 - 1201

Fax 0271 / 705 - 1204

E-Mail S.Schanz@Kreisklinikum-Siegen.de

Strasse / Hausnummer Weidenauer Straße 76

PLZ / Ort 57076 Siegen

URL <https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/medizinische-klinik-i-fuer-gastroenterologie-nephrologie-und-dialyse/>

B-4.2 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 nach § 135c SGB V

keine Zielvereinbarung getroffen



B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI00	teilstationäre Dialyse	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Diabetes, Schilddrüse, ...
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	Niere und Leber
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI27	Spezialsprechstunde	Chemotherapie
VI35	Endoskopie	alle Verfahren u.a. Kapselendoskopie, Enteroskopie
VI38	Palliativmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Spezialsprechstunde
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU15	Dialyse	

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 2.262

Teilstationäre Fallzahl 98

B-4.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
N17	111	Akutes Nierenversagen
A09	109	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
E86	107	Volumenmangel
Z49	98	Dialysebehandlung
N39	91	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
K80	89	Cholelithiasis
K29	88	Gastritis und Duodenitis
E11	86	Diabetes mellitus, Typ 2
K57	72	Divertikulose des Darmes
I50	71	Herzinsuffizienz
E87	65	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
K85	63	Akute Pankreatitis
R40	52	Somnolenz, Sopor und Koma
D50	49	Eisenmangelanämie
K92	48	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
A04	45	Sonstige bakterielle Darminfektionen
K56	45	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
F10	43	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F19	43	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
R10	41	Bauch- und Beckenschmerzen
K26	38	Ulcus duodeni
K70	37	Alkoholische Leberkrankheit
K52	35	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
N18	35	Chronische Nierenkrankheit
J18	34	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
K83	31	Sonstige Krankheiten der Gallenwege
K22	30	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
D12	29	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus
K21	29	Gastroösophageale Refluxkrankheit
K51	29	Colitis ulcerosa
I10	28	Essentielle (primäre) Hypertonie
A41	25	Sonstige Sepsis
C25	25	Bösartige Neubildung des Pankreas
K25	23	Ulcus ventriculi
A46	22	Erysipel [Wundrose]
D64	22	Sonstige Anämien
E10	21	Diabetes mellitus, Typ 1
K86	20	Sonstige Krankheiten des Pankreas



ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K55	19	Gefäßkrankheiten des Darmes
K59	19	Sonstige funktionelle Darmstörungen
A08	18	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
C22	18	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
K31	18	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums
B99	17	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
K50	17	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
C18	16	Bösartige Neubildung des Kolons
T43	16	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert
D51	14	Vitamin-B12-Mangelanämie
R55	14	Synkope und Kollaps
C78	13	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
K76	13	Sonstige Krankheiten der Leber
R11	13	Übelkeit und Erbrechen
R63	13	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen
C16	12	Bösartige Neubildung des Magens
D62	12	Akute Blutungsanämie
C15	11	Bösartige Neubildung des Ösophagus
C20	11	Bösartige Neubildung des Rektums
J22	11	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
K65	11	Peritonitis
K74	11	Fibrose und Zirrhose der Leber
R18	11	Aszites
T85	11	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
T42	10	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel
J44	9	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
J69	9	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen
T81	9	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
T82	8	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
C34	7	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
E83	7	Störungen des Mineralstoffwechsels
I21	7	Akuter Myokardinfarkt
J20	7	Akute Bronchitis
K72	7	Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert
T78	7	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert
B37	6	Kandidose
C24	6	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
K60	6	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion
K75	6	Sonstige entzündliche Leberkrankheiten
K81	6	Cholezystitis
N03	6	Chronisches nephritisches Syndrom
A49	5	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
D68	5	Sonstige Koagulopathien



ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I25	5	Chronische ischämische Herzkrankheit
I26	5	Lungenembolie
I33	5	Akute und subakute Endokarditis
K44	5	Hernia diaphragmatica
K58	5	Reizdarmsyndrom
N13	5	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
R13	5	Dysphagie
T39	5	Vergiftung durch nichtopioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika
A02	4	Sonstige Salmonelleninfektionen
A40	4	Streptokokkensepsis
B17	4	Sonstige akute Virushepatitis
C80	4	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
D61	4	Sonstige aplastische Anämien
E74	4	Sonstige Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels
F13	4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
I63	4	Hirnfarkt
K35	4	Akute Appendizitis
K64	4	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
K71	4	Toxische Leberkrankheit
M10	4	Gicht
M31	4	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
M35	4	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M54	4	Rückenschmerzen
T50	4	Vergiftung durch Diuretika und sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen

Diagnosen, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal vorkamen, sind nicht aufgeführt.



B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-854	2596	Hämodialyse
1-632	1518	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
8-855	1190	Hämodiafiltration
1-650	870	Diagnostische Koloskopie
9-984	799	Pflegebedürftigkeit
1-440	744	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
8-930	535	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3-056	332	Endosonographie des Pankreas
3-055	322	Endosonographie der Gallenwege
3-05a	294	Endosonographie des Retroperitonealraumes
3-054	282	Endosonographie des Duodenums
8-800	248	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5-513	233	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
8-831	190	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
1-444	164	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
1-642	141	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
8-98f	134	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
5-452	133	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
5-469	107	Andere Operationen am Darm
5-431	97	Gastrostomie
9-200	64	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
8-812	57	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
8-701	56	Einfache endotracheale Intubation
1-631	53	Diagnostische Ösophagogastroskopie
1-651	53	Diagnostische Sigmoidoskopie
5-429	43	Andere Operationen am Ösophagus
8-706	42	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
3-053	36	Endosonographie des Magens
1-853	34	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle
8-153	34	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
8-821	34	Immunadsorption und verwandte Verfahren
8-910	34	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
1-465	28	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5-449	25	Andere Operationen am Magen
1-442	24	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
1-63a	23	Kapselendoskopie des Dünndarms
5-482	22	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums
3-051	21	Endosonographie des Ösophagus
1-640	20	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
8-144	20	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
1-653	19	Diagnostische Proktoskopie



OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-100	18	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie
8-771	18	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
8-900	18	Intravenöse Anästhesie
5-451	17	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes
1-630	16	Diagnostische Ösophagoskopie
5-433	16	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens
8-987	16	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8-152	15	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
8-543	14	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
1-447	12	Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas
5-422	12	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus
1-313	10	Ösophagusmanometrie
1-445	10	Endosonographische Feinnadelpunktion am oberen Verdauungstrakt
5-450	10	Inzision des Darmes
8-123	10	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters
1-652	9	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma
1-760	9	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung
1-480	8	Perkutane (Nadel-)Biopsie an Knochen
1-654	8	Diagnostische Rektoskopie
8-148	8	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben
3-030	7	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
3-057	7	Endosonographie des Kolons
8-018	7	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
3-058	6	Endosonographie des Rektums
6-002	6	Applikation von Medikamenten, Liste 2
8-820	6	Therapeutische Plasmapherese
1-316	5	pH-Metrie des Ösophagus
3-13c	5	Cholangiographie
5-514	5	Andere Operationen an den Gallengängen
5-526	5	Endoskopische Operationen am Pankreasgang
5-529	5	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang
8-020	5	Therapeutische Injektion
8-146	5	Therapeutische Drainage von Organen des Bauchraumes
8-857	5	Peritonealdialyse
1-441	4	Perkutane (Nadel-)Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas

Prozeduren, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal durchgeführt wurden, sind nicht aufgeführt.



B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. med. M. Engel
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. med. S. Schanz
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. med. J. Hebel
AM08	Notfallambulanz (24h)	Internistische Notfallambulanz Med. Klinik I
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	776	Diagnostische Koloskopie
1-444	307	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
5-452	201	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
1-642	\< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
5-429	\< 4	Andere Operationen am Ösophagus
5-431	\< 4	Gastrostomie

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	Ärzte der Internistischen Intensiv zu jeweils 1/3 auf die MK I-III aufgeteilt	16,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		16,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		2,0
Stationäre Versorgung		14,4
Fälle je VK/Person		157,08333

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte		6,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		6,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		0,8
Stationäre Versorgung		6,0
Fälle je VK/Person		377,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis Basisweiterbildung Innere Medizin 36 Monate (Dr. med. S. Schanz); Die Chefärzte der Med. Kliniken I-III sind gemeinsam zur Weiterbildung befugt. Die Befugnis inkludiert die Sicherstellung von 6 Monaten Intensivmedizin.
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	Weiterbildungsbefugnis Innere Medizin und Gastroenterologie: 36 Monate (Dr. med. S. Schanz)
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF28	Notfallmedizin	



B-4.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	39,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,20
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	39,20
Fälle je VK/Person	57,70408

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	1,91
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,91
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,91
Fälle je VK/Person	1184,29319

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,68
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,68
Fälle je VK/Person	3326,47058

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement
Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement



B-5 Medizinische Klinik II (Innere Medizin, Pneumologie und Schlafmedizin)

B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Medizinische Klinik II (Innere Medizin, Pneumologie und Schlafmedizin)

Fachabteilungsschlüssel 0100

Art der Abteilung Hauptabteilung

Weitere Fachabteilungsschlüssel Pneumologie (0800)

Chefärztinnen/-ärzte

Name Dr. med. Jörg Hinrichs

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Medizinische Klinik II - Innere Medizin,
Pneumologie und Schlafmedizin

Telefon 0271 / 705 - 1300

Fax 0271 / 705 - 1304

E-Mail J.Hinrichs@Kreisklinikum-Siegen.de

Strasse / Hausnummer Weidenauer Straße 76

PLZ / Ort 57076 Siegen

URL <https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/medizinische-klinik-ii-fuer-pneumologie-schlaf-und-beatmungsmedizin/>

B-5.2 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 nach § 135c SGB V keine Zielvereinbarung getroffen



B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI00	(„Sonstiges“)	Endoskopische Lungenvolumenreduktion
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	z.B. tiefe Beinvenenthrombose
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	z.B. rheumatische Arthritis
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	in Kooperation mit der Klinik für Anästhesie
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI35	Endoskopie	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VN22	Schlafmedizin	
VP14	Psychoonkologie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	auch: Duplexsonografie der hirnversorgenden Arterien sowie die Untersuchung des arteriellen sowie des Venensystems der Arme und Beine
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	Bronchoskopie
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.948
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J44	608	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
G47	593	Schlafstörungen
C34	330	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
J18	262	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
I50	127	Herzinsuffizienz
J20	84	Akute Bronchitis
J45	80	Asthma bronchiale
D38	67	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
J84	48	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
E86	47	Volumenmangel
J69	46	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen
J22	33	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
J15	27	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
J96	26	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
R06	25	Störungen der Atmung
B99	24	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
N39	23	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
R53	18	Unwohlsein und Ermüdung
D86	15	Sarkoidose
J98	14	Sonstige Krankheiten der Atemwege
I26	13	Lungenembolie
A46	12	Erysipel [Wundrose]
J93	12	Pneumothorax
A49	11	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
I21	11	Akuter Myokardinfarkt
J86	11	Pyothorax
J90	10	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
R04	10	Blutung aus den Atemwegen
Z08	10	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung
J06	9	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege
J10	9	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren
M80	9	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
R07	9	Hals- und Brustschmerzen
C78	8	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
E66	8	Adipositas
E87	8	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
J42	8	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis
J41	7	Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis



ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
R05	7	Husten
I33	6	Akute und subakute Endokarditis
R59	6	Lymphknotenvergrößerung
R91	6	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge
T78	6	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert
A41	5	Sonstige Sepsis
C80	5	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
F10	5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F19	5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
I10	5	Essentielle (primäre) Hypertonie
A04	4	Sonstige bakterielle Darminfektionen
A15	4	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert
A18	4	Tuberkulose sonstiger Organe
C49	4	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
I48	4	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I80	4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
J43	4	Emphysem
J70	4	Krankheiten der Atmungsorgane durch sonstige exogene Substanzen
K29	4	Gastritis und Duodenitis
K52	4	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
T58	4	Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid

Diagnosen, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal vorkamen, sind nicht aufgeführt.



B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-710	4852	Ganzkörperplethysmographie
1-620	1757	Diagnostische Tracheobronchoskopie
1-711	1206	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
1-790	953	Kardiorespiratorische Polysomnographie
9-984	816	Pflegebedürftigkeit
1-843	517	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
8-717	442	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
8-930	379	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
1-430	262	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
8-98f	181	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
3-05f	144	Transbronchiale Endosonographie
1-791	143	Kardiorespiratorische Polygraphie
8-706	138	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
1-715	128	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
8-831	114	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8-542	110	Nicht komplexe Chemotherapie
8-716	103	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
8-543	71	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
8-800	67	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
1-426	66	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
6-002	64	Applikation von Medikamenten, Liste 2
8-701	64	Einfache endotracheale Intubation
1-844	63	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
6-001	61	Applikation von Medikamenten, Liste 1
8-152	58	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
8-144	56	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
1-714	53	Messung der bronchialen Reaktivität
9-200	39	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
1-992	20	Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen
8-771	19	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
8-812	19	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
5-333	18	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
5-985	18	Lasertechnik
1-432	17	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5-320	17	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus
5-339	17	Andere Operationen an Lunge und Bronchien
8-713	16	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen
5-345	13	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]
8-100	13	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie
8-854	13	Hämodialyse



OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-986	11	Minimalinvasive Technik
6-005	11	Applikation von Medikamenten, Liste 5
8-987	9	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8-173	8	Therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge und der Pleurahöhle
5-311	7	Temporäre Tracheostomie
8-017	6	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
8-018	6	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
1-700	5	Spezifische allergologische Provokationstestung
6-003	5	Applikation von Medikamenten, Liste 3
8-390	4	Lagerungsbehandlung
8-550	4	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-910	4	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie

Prozeduren, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal durchgeführt wurden, sind nicht aufgeführt.

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. med. J. Hinrichs
AM08	Notfallambulanz (24h)	Internistische Notfallambulanz Med. Klinik II
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	Ärzte der Internistischen Intensiv zu jeweils 1/3 auf die MK I-III verteilt	15,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		15,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		0,8
Stationäre Versorgung		14,2
Fälle je VK/Person		207,60563

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,6	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,6	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0,2	
Stationäre Versorgung	4,4	
Fälle je VK/Person	670,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis Basisweiterbildung Innere Medizin: 36 Monate (Dr. med. J. Hinrichs). Die Chefärzte der Med. Kliniken I-III sind gemeinsam zur Weiterbildung befugt. Die Befugnis inkludiert die Sicherstellung von 6 Monaten Intensivmedizin.
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	Weiterbildungsbefugnis Innere Medizin und Pneumologie: 36 Monate (Dr. med. J. Hinrichs)
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF03	Allergologie	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF39	Schlafmedizin	Weiterbildungsbefugnis Schlafmedizin: 18 Monate (Dr. med. J. Hinrichs)



B-5.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	36,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	36,56
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	36,56
Fälle je VK/Person	80,63457

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	2,34
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,34
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,34
Fälle je VK/Person	1259,82905

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	4,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,42
Fälle je VK/Person	666,96832
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	ein ausgebildeter Atmungstherapeut in der Med. Klinik II
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP22	Atmungstherapie	



B-6 Medizinische Klinik III (Kardiologie, Angiologie und Kardiologische Intensivmedizin)

B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Medizinische Klinik III (Kardiologie, Angiologie und Kardiologische Intensivmedizin)	
Fachabteilungsschlüssel	0300
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Hans-Peter Hobbach
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Medizinische Klinik III - Kardiologie
Telefon	0271 / 705 - 1600
Fax	0271 / 705 - 1604
E-Mail	H-P.Hobbach@Kreisklinikum-Siegen.de
Strasse / Hausnummer	Weidenauer Straße 76
PLZ / Ort	57076 Siegen
URL	https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/medizinische-klinik-iii-fuer-kardiologie-angiologie-und-internistische-intensivmedizin/

B-6.2 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 nach § 135c SGB V	keine Zielvereinbarung getroffen
--	----------------------------------



B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VC05	Schrittmachereingriffe
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC10	Eingriffe am Perikard
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI34	Elektrophysiologie
VI35	Endoskopie
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VR02	Native Sonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Duplexsonographie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel
VR06	Endosonographie
VR15	Arteriographie

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3.173
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I25	627	Chronische ischämische Herzkrankheit
I48	384	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I50	367	Herzinsuffizienz
I20	359	Angina pectoris
I21	332	Akuter Myokardinfarkt
R55	169	Synkope und Kollaps
R07	155	Hals- und Brustschmerzen
I10	118	Essentielle (primäre) Hypertonie
I49	91	Sonstige kardiale Arrhythmien
I11	60	Hypertensive Herzkrankheit
I26	42	Lungenembolie
I47	41	Paroxysmale Tachykardie
I35	33	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
Q21	31	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten
I44	27	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock
I42	23	Kardiomyopathie
I46	23	Herzstillstand
R00	19	Störungen des Herzschlages
E86	18	Volumenmangel
J44	14	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
I30	11	Akute Perikarditis
I31	8	Sonstige Krankheiten des Perikards
I34	8	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
J18	8	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
R42	8	Schwindel und Taumel
I33	7	Akute und subakute Endokarditis
I71	7	Aortenaneurysma und -dissektion
R06	7	Störungen der Atmung
Z45	7	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes
I51	6	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit
I63	6	Hirnfarkt
I80	6	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis
F10	5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
H81	5	Störungen der Vestibularfunktion
I95	5	Hypotonie
N17	5	Akutes Nierenversagen
R40	5	Somnolenz, Sopor und Koma
A41	4	Sonstige Sepsis
I72	4	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
K29	4	Gastritis und Duodenitis



B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-83b	8399	Zusatzinformationen zu Materialien
8-837	2345	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
1-275	2309	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
3-052	907	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
8-930	737	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3-605	595	Arteriographie der Gefäße des Beckens
9-984	495	Pflegebedürftigkeit
8-640	387	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
5-377	174	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
1-279	106	Anderer diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen
8-98f	94	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
1-266	89	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
8-831	87	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8-020	53	Therapeutische Injektion
1-274	52	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
8-706	50	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8-771	50	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
5-378	48	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
8-701	40	Einfache endotracheale Intubation
8-800	30	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
1-273	24	Rechtsherz-Katheteruntersuchung
6-002	23	Applikation von Medikamenten, Liste 2
8-607	17	Hypothermiebehandlung
8-854	13	Hämodialyse
8-152	11	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
5-995	10	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)
9-200	10	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
5-934	8	Verwendung von MRT-fähigem Material
8-144	8	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
8-642	8	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus
8-839	8	Anderer therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße
3-604	7	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
8-987	6	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8-812	5	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
1-842	4	Diagnostische Punktion des Perikardes [Perikardiozentese]
8-716	4	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
8-83a	4	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System



B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote ne Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. med. H.-P. Hobbach		
AM08	Notfallambulanz (24h)	Internistische Notfallambulanz Med. Klinik III	<ul style="list-style-type: none">◦ Notfallmedizin (VC71)◦ Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)◦ Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-275	21	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
3-605	8	Arteriographie der Gefäße des Beckens
5-378	\< 4	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	Ärzte der Internistischen Intensiv zu jeweils 1/3 auf die MK I-III verteilt	18,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		18,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		1,1
Stationäre Versorgung		17,0
Fälle je VK/Person		186,64705

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte		8,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		8,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		0,5
Stationäre Versorgung		8,1
Fälle je VK/Person		391,72839
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis Basisweiterbildung Innere Medizin: 36 Monate (Dr. med. H.-P. Hobbach). Die Chefärzte der Med. Kliniken I-III sind gemeinsam zur Weiterbildung befugt. Die Befugnis inkludiert die Sicherstellung von 6 Monaten Intensivmedizin.
AQ24	Innere Medizin und Angiologie	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	Weiterbildungsbefugnis Innere Medizin und Kardiologie: 36 Monate (Dr. med. H.-P. Hobbach). Die Befugnis inkludiert die Sicherstellung von 6 Monaten Intensivmedizin.
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	Internistische Intensivmedizin



B-6.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	42,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	42,94
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	42,94
Fälle je VK/Person	73,89380

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	1,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,03
Fälle je VK/Person	3080,58252
Fälle je VK/Person	0,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	8,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,09
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8,09
Fälle je VK/Person	392,21260

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement



B-7 Klinik für Neurologie

B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

	Klinik für Neurologie
Fachabteilungsschlüssel	2800
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Martin Grond
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Neurologie, Ärztlicher Direktor
Telefon	0271 / 705 - 1801
Fax	0271 / 705 - 1804
E-Mail	neurologie@kreisklinikum-siegen.de
Strasse / Hausnummer	Weidenauer Straße 76
PLZ / Ort	57076 Siegen
URL	https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-neurologie/

B-7.2 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 nach § 135c SGB V	keine Zielvereinbarung getroffen
---	----------------------------------



B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VN00	Neuropalliativversorgung	Patienten mit einer unheilbaren oder weit fortgeschrittenen neurologischen Erkrankung bedürfen einer besonderen Versorgung. Auf unserer Palliativeinheit behandeln wir gezielt Patienten, bei denen keine Aussicht auf eine Heilung der Erkrankung besteht.
VN00	Stents und Coils	auch notfallmäßig; 24h Verfügbarkeit aller neuro-interventionellen Maßnahmen; enge Zusammenarbeit mit der Klinik für diagnostische Radiologie und Neuroradiologie
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20	Spezialsprechstunde	Botoxsprechstunde
VN24	Stroke Unit	zertifizierte überregionale Stroke Unit, Re-Zertifizierung in 2018



B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.761
Teilstationäre Fallzahl	0

B-7.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I63	1217	Hirnfarkt
G40	484	Epilepsie
G45	394	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
H81	182	Störungen der Vestibularfunktion
M51	130	Sonstige Bandscheibenschäden
G43	108	Migräne
I61	94	Intrazerebrale Blutung
G61	93	Polyneuritis
M54	93	Rückenschmerzen
G35	84	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
R20	77	Sensibilitätsstörungen der Haut
G20	58	Primäres Parkinson-Syndrom
R55	55	Synkope und Kollaps
G62	49	Sonstige Polyneuropathien
A69	48	Sonstige Spirochäteninfektionen
G41	46	Status epilepticus
M48	45	Sonstige Spondylopathien
G93	42	Sonstige Krankheiten des Gehirns
D43	41	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems
R51	41	Kopfschmerz
B02	40	Zoster [Herpes zoster]
R42	40	Schwindel und Taumel
M50	35	Zervikale Bandscheibenschäden
G44	32	Sonstige Kopfschmerzsyndrome
R26	32	Störungen des Ganges und der Mobilität
G04	30	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
M80	30	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
F45	29	Somatoforme Störungen
I67	29	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten
F44	28	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
I65	28	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt
C79	25	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
H53	25	Sehstörungen



ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S06	25	Intrakranielle Verletzung
G51	23	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]
G72	23	Sonstige Myopathien
G91	23	Hydrozephalus
R40	21	Somnolenz, Sopor und Koma
I72	20	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
G25	19	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
R41	19	Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen
R47	19	Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert
E86	18	Volumenmangel
F05	18	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
G30	18	Alzheimer-Krankheit
I60	18	Subarachnoidalblutung
N39	18	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
G12	17	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome
G70	17	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten
I10	15	Essentielle (primäre) Hypertonie
I62	15	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
G50	14	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]
G95	14	Sonstige Krankheiten des Rückenmarkes
M53	14	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
C71	13	Bösartige Neubildung des Gehirns
F43	13	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
H49	13	Strabismus paralyticus
I95	13	Hypotonie
B99	12	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
D47	12	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
F10	12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
E11	11	Diabetes mellitus, Typ 2
E87	11	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
F03	11	Nicht näher bezeichnete Demenz
G54	11	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus
G56	11	Mononeuropathien der oberen Extremität
G57	11	Mononeuropathien der unteren Extremität
R25	11	Abnorme unwillkürliche Bewegungen
Z03	11	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen
G81	10	Hemiparese und Hemiplegie
G83	10	Sonstige Lähmungssyndrome
G03	9	Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen
M31	9	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
A87	8	Virusmeningitis
F06	8	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F32	8	Depressive Episode



ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
G97	8	Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
M47	8	Spondylose
R52	8	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert
H46	7	Neuritis nervi optici
I64	7	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
J18	7	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
C34	6	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
G31	6	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert
M79	6	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
R56	6	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert
B00	5	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]
B34	5	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation
F33	5	Rezidivierende depressive Störung
F41	5	Andere Angststörungen
G06	5	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome
H47	5	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn
I21	5	Akuter Myokardinfarkt
I50	5	Herzinsuffizienz
I70	5	Atherosklerose
M62	5	Sonstige Muskelkrankheiten
R13	5	Dysphagie
S32	5	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
A86	4	Virusenzephalitis, nicht näher bezeichnet
E53	4	Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes
E83	4	Störungen des Mineralstoffwechsels
F01	4	Vaskuläre Demenz
G23	4	Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien
G82	4	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
I44	4	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock
I99	4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
J15	4	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
M35	4	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M43	4	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

Diagnosen, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal vorkamen, sind nicht aufgeführt.



B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-207	2545	Elektroenzephalographie (EEG)
1-208	2350	Registrierung evozierter Potentiale
8-981	1357	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
9-984	995	Pflegebedürftigkeit
1-206	790	Neurographie
1-205	741	Elektromyographie (EMG)
1-204	701	Untersuchung des Liquorsystems
9-320	392	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
8-550	309	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-020	270	Therapeutische Injektion
8-390	265	Lagerungsbehandlung
9-200	251	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
8-810	125	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
8-151	51	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges
8-800	35	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-812	28	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
5-986	27	Minimalinvasive Technik
8-920	26	EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h
8-982	22	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-831	16	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
1-902	11	Testpsychologische Diagnostik
8-900	8	Intravenöse Anästhesie
8-144	7	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
8-924	7	Invasives neurologisches Monitoring
8-987	7	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8-017	6	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
6-003	5	Applikation von Medikamenten, Liste 3
8-018	5	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
1-426	4	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
6-002	\< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 2
1-202	\< 4	Diagnostik zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls
8-128	\< 4	Anwendung eines Stuhldrainagesystems
8-148	\< 4	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben
8-152	\< 4	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
1-425	\< 4	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus
1-490	\< 4	Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut
6-006	\< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 6
6-007	\< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 7
8-803	\< 4	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut
8-901	\< 4	Inhalationsanästhesie
8-98g	\< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern



B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Prof. Dr. med. M. Grond	verschiedene Behandlungen auf Überweisung niedergelassener Ärzte; Spezialsprechstunde: Botoxsprechstunde (VX00)
AM07	Privatambulanz	Botox-Sprechstunde	Spezialsprechstunde (VN20)
AM08	Notfallambulanz (24h)	Neurologische Notfallambulanz	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V		
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V	Neurocare	

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	26,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,4
Stationäre Versorgung	24,2
Fälle je VK/Person	196,73553

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	12,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,1
Stationäre Versorgung	11,5
Fälle je VK/Person	414,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ42	Neurologie	Weiterbildungsbefugnis Neurologie: 48 Monate (Prof. Dr. med. M. Grond)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF09	Geriatric	Weiterbildungsbefugnis Geriatric: 18 Monate (Prof. Dr. med. M. Grond, Dr. med. Alexander Skrotzki)
ZF15	Intensivmedizin	Weitebildungsbefugnis Intensivmedizin: 24 Monate (Prof. Dr. med. M. Grond)
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	



B-7.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	89,34
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	89,34
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	89,34
Fälle je VK/Person	53,29079

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	2,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,96
Fälle je VK/Person	1608,44594

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2
Fälle je VK/Person	2380,50000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	6,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,57
Fälle je VK/Person	724,65753
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs
PQ06	Master
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement
Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP29	Stroke Unit Care
ZP31	Pflegeexperte Neurologie



B-8 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Fachabteilungsschlüssel	2900
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Heiko Ullrich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Psychiatrie, stellv. Ärztlicher Direktor
Telefon	0271 / 705 - 1901
Fax	0271 / 705 - 1994
E-Mail	H.Ullrich@Kreisklinikum-Siegen.de
Strasse / Hausnummer	Weidenauer Straße 76
PLZ / Ort	57076 Siegen
URL	https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie-und-psychosomatik/

B-8.2 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 nach § 135c SGB V	keine Zielvereinbarung getroffen
--	----------------------------------



B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	Elektro-Krampf-Therapie
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VP00	Ambulanter psychiatrischer Pflegedienst	
VP00	Traumatherapie	Die Traumaambulanz ist ein spezielles Angebot im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem LWL auf Grundlage des Opferentschädigungsgesetzes. Ziel ist die Therapie traumatisierter Menschen in zeitlich engem Zusammenhang mit dem traumauslösenden Ereignis (bis zu 6 Monaten).
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	Suchtbehandlung, ambulante Substitutions-therapie, Psychoonkotherapie, Gedächtnis-sprechstunde, neuropsychologisches Training, Verhaltenspsychotherapie (einzeln und in Gruppen), Angehörigentherapie.
VR00	Neuropsychologie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR43	Neuroradiologie	



B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.257
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F10	435	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F33	391	Rezidivierende depressive Störung
F20	333	Schizophrenie
F32	186	Depressive Episode
F25	130	Schizoaffektive Störungen
F43	130	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F60	107	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F19	68	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F12	61	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F31	60	Bipolare affektive Störung
G30	54	Alzheimer-Krankheit
F11	43	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F06	30	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F05	27	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F13	26	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F41	18	Andere Angststörungen
F71	17	Mittelgradige Intelligenzminderung
F15	12	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
F23	12	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F61	12	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F22	9	Anhaltende wahnhaftige Störungen
F70	9	Leichte Intelligenzminderung
F42	8	Zwangsstörung
F50	8	Essstörungen
F44	7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F45	7	Somatoforme Störungen
F03	6	Nicht näher bezeichnete Demenz
F40	6	Phobische Störungen
F92	6	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
G20	5	Primäres Parkinson-Syndrom
G31	5	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert
F01	4	Vaskuläre Demenz
F07	4	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

Diagnosen, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal vorkamen, sind nicht aufgeführt.



B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649	22378	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-607	2027	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-980	1775	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie
8-632	1060	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS]
9-618	840	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
9-981	687	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke
9-619	639	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
8-630	629	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]
9-617	540	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
9-982	451	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie
9-640	296	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-61a	252	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen
9-984	252	Pflegebedürftigkeit
9-647	127	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
9-645	80	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
1-207	51	Elektroenzephalographie (EEG)
9-61b	51	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen
9-626	50	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
6-006	28	Applikation von Medikamenten, Liste 6
9-641	9	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Prozeduren, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal durchgeführt wurden, sind nicht aufgeführt.



B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz	Die Institutsambulanz ist Angebot für alle Erkrankungsgruppen psych. kranker Patienten, die auf die Behandlung durch ein multiprofessionelles Team angewiesen sind und wegen der Schwere ihrer Erkrankung in der Facharztpraxis nicht versorgt werden können., zwei stationär tätige De-Eskalations-Trainer
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Substitutionsambulanz	Im Rahmen der Substitutionsambulanz arbeiten wir auf Grundlage der Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach §31 Abs. 2 Ärzte-ZV.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Ullrich	alle ambulanten Leistungen im Rahmen der Klinik
AM08	Notfallambulanz (24h)	Psychiatrische Notfallambulanz	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V		
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Ergotherapie	

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	19,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,6
Stationäre Versorgung	17,6
Fälle je VK/Person	128,23863

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	8,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,7
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,6
Stationäre Versorgung	7,1
Fälle je VK/Person	317,88732
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	Zusätzlich Mitarbeiter mit Zertifizierung im Bereich Gerontopsychiatrie. Weiterbildungsbefugnis Psychiatrie und Psychotherapie: 48 Monate (Dr. med. H. Ullrich).
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF28	Notfallmedizin	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	auch DBT Dialektisch-Behaviorale Therapie
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	



B-8.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	98,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	98,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	3,42
Stationäre Versorgung	94,58
Fälle je VK/Person	23,86339

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	2257,00000

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5
Fälle je VK/Person	451,40000

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	0,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,57
Fälle je VK/Person	3959,64912

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	4,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,5
Stationäre Versorgung	2,75
Fälle je VK/Person	820,72727
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ02	Diplom	1 Person
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	8 Person
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	19 ausgebildete Personen
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	6 Hygienebeauftragte Pflegekräfte
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP24	Deeskalationstraining	
ZP25	Gerontopsychiatrie	



B-8.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte		4,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		4,9
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung	Die stationär tätigen Kräfte werden je nach Bedarf auch ambulant eingesetzt.	0,5
Stationäre Versorgung		4,4
Fälle je VK/Person		512,95454

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte		8,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		8,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		0,3
Stationäre Versorgung		8,2
Fälle je VK/Person		275,24390

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte		1,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		1,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		0
Stationäre Versorgung		1,8
Fälle je VK/Person		1253,88888

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte		0,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		0,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0
Ambulante Versorgung		0
Stationäre Versorgung		0,8
Fälle je VK/Person		2821,25000



B-9 Klinik für Radiologie und Neuroradiologie (zertifizierte interventionelle Neuroradiologie)

B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Radiologie und Neuroradiologie, zertifizierte interventionelle Neuroradiologie	
Fachabteilungsschlüssel	3751
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Burkhard Josef Irnich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Neuroradiologie und Radiologie, Zertifizierter Interventioneller Neuroradiologe
Telefon	0271 / 705 - 1871
Fax	0271 / 705 - 1874
E-Mail	B.Irnich@Kreisklinikum-Siegen.de
Strasse / Hausnummer	Weidenauer Straße 76
PLZ / Ort	57076 Siegen
URL	https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-radiologie-und-neuroradiologie/

Name	Dr. med. Gregor Richter
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Neuroradiologie und Radiologie, MHBA
Telefon	0271 / 705 - 1871
Fax	0271 / 705 - 1874
E-Mail	G.Richter@Kreisklinikum-Siegen.de
Strasse / Hausnummer	Weidenauer Straße 46
PLZ / Ort	57076 Siegen
URL	https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-radiologie-und-neuroradiologie/

B-9.2 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 nach § 135c SGB V	keine Zielvereinbarung getroffen
---	----------------------------------



B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR15	Arteriographie
VR16	Phlebographie
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR41	Interventionelle Radiologie
VR42	Kinderradiologie
VR43	Neuroradiologie
VR44	Teleradiologie

B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Diagnosen nach ICD

keine Angaben

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-800	3854	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
3-200	3580	Native Computertomographie des Schädels
3-808	3466	Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße
3-222	1076	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3-225	1048	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-802	1014	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-226	953	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
8-83b	936	Zusatzinformationen zu Materialien
3-203	693	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-206	518	Native Computertomographie des Beckens
3-820	510	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-202	395	Native Computertomographie des Thorax
3-600	387	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße
8-836	294	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
3-205	264	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-207	219	Native Computertomographie des Abdomens
3-841	193	Magnetresonanz-Myelographie
3-806	189	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-608	161	Superselektive Arteriographie
3-823	150	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
8-840	123	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents
3-601	102	Arteriographie der Gefäße des Halses
3-22x	73	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel
3-80x	58	Andere native Magnetresonanztomographie
3-828	58	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
3-220	56	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
5-839	55	Andere Operationen an der Wirbelsäule
3-805	46	Native Magnetresonanztomographie des Beckens
3-228	38	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
3-804	38	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens
3-990	35	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-221	32	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-60x	29	Andere Arteriographie
3-24x	28	Andere Computertomographie-Spezialverfahren



OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-914	28	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie
3-825	27	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-82a	22	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel
8-841	17	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents
3-201	12	Native Computertomographie des Halses
3-607	8	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
3-614	8	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches
3-826	8	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel
5-995	8	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)
3-821	7	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel
8-83c	6	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention
3-20x	5	Andere native Computertomographie
3-611	5	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax
3-809	5	Native Magnetresonanztomographie des Thorax
3-227	\< 4	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel
3-241	\< 4	CT-Myelographie
3-603	\< 4	Arteriographie der thorakalen Gefäße
3-606	\< 4	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten
3-60a	\< 4	Arteriographie der Rückenmarkgefäße (Spinale Arteriographie)
8-844	\< 4	(Perkutan-)transluminale Implantation von selbstexpandierenden Mikrosten
3-82x	\< 4	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel
8-84b	\< 4	(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen
3-602	\< 4	Arteriographie des Aortenbogens
3-822	\< 4	Magnetresonanztomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3-824	\< 4	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel
3-900	\< 4	Knochendichtemessung (alle Verfahren)



B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Kommentar / Erläuterung
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)		CT-MRT- gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr.med. B. Irnich	
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. med. G. Richter	

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	7,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	4,2
Stationäre Versorgung	2,8
Fälle je VK/Person	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,4
Stationäre Versorgung	1,6
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	Weiterbildungsbefugnis Radiologie: 48 Monate (die Chefärzte der Klinik sind gemeinsam zur Weiterbildung befugt).
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	Auch interventionelle Neuroradiologie; Weiterbildungsbefugnis Neuroradiologie: 36 Monate (Die Chefärzte der Klinik sind gemeinsam zur Weiterbildung befugt).



B-9.11.2 Pflegepersonal

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	4,33
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,33
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,33
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50



B-10 Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie

B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie

Fachabteilungsschlüssel 1600

Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name Dr. med. Michael Palm

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie

Telefon 0271 / 705 - 1101

Fax 0271 / 705 - 1104

E-Mail M.Palm@Kreisklinikum-Siegen.de

Strasse / Hausnummer Weidenauer Straße 76

PLZ / Ort 57076 Siegen

URL <https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-unfallchirurgie-und-orthopaedie/>

B-10.2 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 nach § 135c SGB V keine Zielvereinbarung getroffen



B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC00	(„Sonstiges“)	Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	und Operationen wegen Bauchtrauma (Laparotomie)
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	vorderes und hinteres Kreuzband, MPFL-Plastik, SL-Dissoziationen, ulnare Seitenbandrekonstruktion Daumengrundgelenk, Außenbandplastiken am Sprunggelenk,
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	vorderes und hinteres Kreuzband, MPFL-Plastik, SL-Dissoziationen, ulnare Seitenbandrekonstruktion Daumengrundgelenk, Außenbandplastiken am Sprunggelenk,
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Hüfte, Knie, Ellenbogen, Schulter, Sprunggelenk, Radiuskopf, Finger
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	Konservative und operative Behandlung der Dekubitalgeschwüre incl. der Vakuumtherapie und der Anwendung moderner Wundbehandlung.
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	incl. Replantationschirurgie
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	z.B. Carpaltunnelsyndrom, Einengung des Ellenerven, etc.



Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzkrankungen	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	Weichteildefektdeckung durch Lappenplastiken
VC58	Spezialsprechstunde	Handchirurgie, Endoprothetik, Fußchirurgie, Schulter, Arthroskopie und Stoßwellentherapie (ESWT), BG-Sprechstunde mit Rehamanagement, Sportambulanz
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie im Rahmen von rekonstruktiven Maßnahmen nach Verletzungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	Arthroskopie von Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Hüfte, Knie und Sprunggelenk Labrumrefixation, Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Behandlung der AC-Gelenkverletzung, TFCC-Refixation, Kreuzbandchirurgie, MPFL-Plastik, Knorpeltransplantation)unterstützendes Verfahren bei der Frakturbehandlung
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC69	Verbrennungschirurgie	
VC71	Notfallmedizin	inclusive Polytraumaversorgung (regionales Traumazentrum)
VD20	Wundheilungsstörungen	
VI39	Physikalische Therapie	
VK32	Kindertraumatologie	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	inclusive der Navigation bei der Knieendoprothetik
VO15	Fußchirurgie	Hammerzehen, Haglund-Ferse, Hallux valgus, etc.
VO16	Handchirurgie	Versorgung aller Verletzungen und handchirurgische Eingriffe bei nicht traumatisch bedingten Erkrankungen (M. Dupuytren, Digitus saltans, Resektionsarthroplastiken bei Rhizarthrose, etc.)
VO17	Rheumachirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	Stabilisierungen, Engpasssyndrome, Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Prothetik, Frakturversorgung, etc.
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	

B-10.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.619
Teilstationäre Fallzahl	0

B-10.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M48	209	Sonstige Spondylopathien
S72	202	Fraktur des Femurs
M51	194	Sonstige Bandscheibenschäden
S82	170	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
S52	164	Fraktur des Unterarmes
S83	121	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
M17	118	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
S42	117	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
S06	96	Intrakranielle Verletzung
M16	80	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
S32	78	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
M50	71	Zervikale Bandscheibenschäden
S22	52	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
T84	51	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
L03	40	Phlegmone
M23	40	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
M75	39	Schulterläsionen
S43	33	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels
S30	31	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
M72	28	Fibromatosen
S62	27	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand
M20	26	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
M19	24	Sonstige Arthrose
S86	24	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels
M70	21	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck
M84	21	Veränderungen der Knochenkontinuität
S80	21	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels
S92	21	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]
T81	21	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
M22	19	Krankheiten der Patella
M25	19	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
S66	18	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
M54	17	Rückenschmerzen
S46	17	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes



ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S70	17	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels
M18	16	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]
M80	13	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M89	13	Sonstige Knochenkrankheiten
T79	13	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
G56	12	Mononeuropathien der oberen Extremität
S27	12	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
L02	11	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel
R02	10	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert
S02	10	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen
S20	10	Oberflächliche Verletzung des Thorax
S00	9	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
S13	9	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe
S61	9	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand
S76	9	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels
S81	9	Offene Wunde des Unterschenkels
M77	8	Sonstige Enthesopathien
S12	8	Fraktur im Bereich des Halses
T14	8	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion
M00	7	Eitrige Arthritis
S51	7	Offene Wunde des Unterarmes
S63	7	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S68	7	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand
A46	6	Erysipel [Wundrose]
M67	6	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
S01	6	Offene Wunde des Kopfes
S40	6	Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes
S50	6	Oberflächliche Verletzung des Unterarmes
S60	6	Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand
M85	5	Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur
R55	5	Synkope und Kollaps
M24	4	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen

Diagnosen, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal vorkamen, sind nicht aufgeführt.



B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-032	958	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
5-984	699	Mikrochirurgische Technik
5-832	632	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
5-831	421	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe
5-839	316	Andere Operationen an der Wirbelsäule
5-033	306	Inzision des Spinalkanals
5-916	243	Temporäre Weichteildeckung
5-896	235	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-794	216	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-793	180	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
9-984	174	Pflegebedürftigkeit
5-790	169	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-820	162	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-83b	146	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule
5-787	137	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-030	133	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule
5-892	129	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
5-836	127	Spondylodese
5-814	122	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-900	119	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
5-812	116	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-822	108	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
5-813	104	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
8-800	93	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5-800	73	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes
5-855	65	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide
5-829	57	Andere gelenkplastische Eingriffe
5-788	53	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-810	53	Arthroskopische Gelenkoperation
8-812	52	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
5-840	51	Operationen an Sehnen der Hand
5-010	46	Schädeleröffnung über die Kalotte
5-784	46	Knochen transplantation und -transposition
5-869	45	Andere Operationen an den Bewegungsorganen
5-783	44	Entnahme eines Knochen transplantates
5-786	43	Osteosyntheseverfahren
8-190	43	Spezielle Verbandstechniken



OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-804	36	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat
9-200	35	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
5-036	34	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten
5-796	31	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
5-842	30	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
5-821	29	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-021	28	Rekonstruktion der Hirnhäute
5-056	28	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-780	27	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch
5-795	26	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
5-811	26	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5-851	26	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie
5-022	24	Inzision am Liquorsystem
5-850	24	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-79b	22	Offene Reposition einer Gelenkluxation
5-902	22	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle
5-824	21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität
5-894	21	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8-020	21	Therapeutische Injektion
1-854	20	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels
5-013	20	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten
5-024	20	Revision und Entfernung von Liquorableitungen
5-791	20	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
5-792	20	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
5-808	20	Offen chirurgische Arthrodesen
5-844	20	Operation an Gelenken der Hand
5-781	18	Osteotomie und Korrekturosteotomie
5-782	18	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
5-79a	18	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese
5-823	18	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk
5-847	18	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand
5-901	18	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle
1-481	17	Biopsie ohne Inzision an Knochen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5-846	17	Arthrodesen an Gelenken der Hand
5-859	16	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
5-031	15	Zugang zur Brustwirbelsäule
5-029	14	Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten
5-895	14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-986	13	Minimalinvasive Technik
5-807	12	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke



OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-809	12	Andere Gelenkoperationen
5-849	12	Andere Operationen an der Hand
5-98d	12	Verwendung von patientenindividuell hergestelltem Instrumentarium
8-144	12	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
8-900	12	Intravenöse Anästhesie
5-841	11	Operationen an Bändern der Hand
1-697	9	Diagnostische Arthroskopie
5-023	9	Anlegen eines Liquorshuntes [Shunt-Implantation]
5-805	9	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-020	8	Kranioplastik
5-852	8	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-863	8	Amputation und Exartikulation Hand
5-988	8	Anwendung eines Navigationssystems
8-158	8	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes
8-201	8	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese
5-801	7	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-83a	7	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)
5-854	7	Rekonstruktion von Sehnen
5-044	6	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär
5-388	6	Naht von Blutgefäßen
5-803	6	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk
5-825	6	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität
5-853	6	Rekonstruktion von Muskeln
5-035	5	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute
5-903	5	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
8-179	5	Andere therapeutische Spülungen
5-041	4	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven
5-785	4	Implantation von alloplastischem Knochenersatz
5-815	4	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk
5-819	4	Andere arthroskopische Operationen
5-857	4	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien
8-178	4	Therapeutische Spülung eines Gelenkes
8-210	4	Brisement force



B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. med. M. Palm	Mittwoch 09:00 - 12:00 Uhr. Darüber hinaus bieten wir in der Klinik Gelenk-Sprechstunden (Dienstags 09:00 bis 13:00 Uhr), Informationen zur Handchirurgie (Montags 12:00 bis 14:00 Uhr, Endoprothetik-Sprechstunde (Dienstags 12:00 bis 15:00 Uhr).
AM07	Privatambulanz	Sportklinik	
AM08	Notfallambulanz (24h)	Unfallchirurgische Notfallambulanz	
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	BG-Ambulanz	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V		auch: Aufklärungssprechstunde Montags bis Freitags 09:30 bis 13:00 Uhr
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	physikalische Therapie	

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-787	229	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-056	228	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-812	171	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-841	127	Operationen an Bändern der Hand
5-840	59	Operationen an Sehnen der Hand
5-849	52	Andere Operationen an der Hand
5-790	31	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-810	26	Arthroskopische Gelenkoperation
5-041	22	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven
5-851	21	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie
5-842	17	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
5-859	17	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
5-795	15	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
5-811	14	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5-844	11	Operation an Gelenken der Hand
5-796	10	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen



OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-201	8	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese
1-697	6	Diagnostische Arthroskopie
5-057	5	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition
5-780	5	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch
5-846	5	Arthrodesen an Gelenken der Hand

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden ja
stationäre BG-Zulassung ja



B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	14,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,1
Stationäre Versorgung	12,2
Fälle je VK/Person	214,67213

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	8,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,2
Stationäre Versorgung	7,1
Fälle je VK/Person	368,87323
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	Weiterbildungsbefugnis Basisweiterbildung Chirurgie: 24 Monate (Dr. med. M. Palm).
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	Weiterbildungsbefugnis Orthopädie und Unfallchirurgie: 42 Monate (Dr. med. M. Palm).
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF12	Handchirurgie	Weiterbildungsbefugnis Handchirurgie 36 Monate (Dr. med. M. Palm).
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	Weiterbildungsbefugnis Physikalische Therapie und Balneologie: 12 Monate (Dr. med. F. Bauer).
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	Weiterbildungsbefugnis spezielle Unfallchirurgie: 36 Monate (Dr. med. M. Palm).
ZF44	Sportmedizin	Weiterbildungsbefugnis Sportmedizin: 6 Monate (Dr. med. R. Burchard).



B-10.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	26,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	26,02
Fälle je VK/Person	100,65334

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	1,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,9
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,9
Fälle je VK/Person	1378,42105

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,79
Fälle je VK/Person	3315,18987

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	2619,00000

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte	3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3
Fälle je VK/Person	873,00000



Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,25
Fälle je VK/Person	1164,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs
PQ06	Master
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP24	Deeskalationstraining
ZP27	OP-Koordination



B-11 Klinik für Urologie

B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Klinik für Urologie

Fachabteilungsschlüssel 2200

Art der Abteilung Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name Dr. med. Johannes Spelz

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt Klinik für Urologie

Telefon 0271 / 705 - 1401

Fax 0271 / 705 - 1404

E-Mail J.Spelz@Kreisklinikum-Siegen.de

Strasse / Hausnummer Weidenauer Straße 76

PLZ / Ort 57076 Siegen

URL <https://www.kreisklinikum-siegen.de/medizin-pflege/fachkliniken/klinik-fuer-urologie/>

B-11.2 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 nach § 135c SGB V keine Zielvereinbarung getroffen



B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VG16	Urogynäkologie	
VR02	Native Sonographie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	auch 3D-konformale perkutane Radiation, Low dose Brachytherapie mittels Seeds, high dose Brachytherapie (Afterloading)
VU00	(„Sonstiges“)	Anlage von Ileum-Conduit und Mainz Pouches
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU17	Prostatazentrum	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	

B-11.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt



B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.704
Teilstationäre Fallzahl	0

B-11.6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
N13	548	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
N20	177	Nieren- und Ureterstein
C67	165	Bösartige Neubildung der Harnblase
N40	103	Prostatahyperplasie
C61	95	Bösartige Neubildung der Prostata
N39	74	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
R31	63	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
N45	43	Orchitis und Epididymitis
N10	37	Akute tubulointerstitielle Nephritis
C64	36	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
R10	30	Bauch- und Beckenschmerzen
N30	23	Zystitis
N49	20	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert
N32	16	Sonstige Krankheiten der Harnblase
N99	16	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
M54	15	Rückenschmerzen
N35	15	Harnröhrenstriktur
C65	14	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C62	12	Bösartige Neubildung des Hodens
D30	12	Gutartige Neubildung der Harnorgane
N21	11	Stein in den unteren Harnwegen
A41	9	Sonstige Sepsis
I86	7	Varizen sonstiger Lokalisationen
N43	7	Hydrozele und Spermatozele
N47	7	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose
N50	7	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane
N23	6	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik
N44	6	Hodentorsion und Hydatidentorsion
N12	5	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
N18	5	Chronische Nierenkrankheit
N36	5	Sonstige Krankheiten der Harnröhre
S37	5	Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane
T83	5	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt
D29	4	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane
K57	4	Divertikulose des Darmes
N28	4	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert
T81	4	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert

Diagnosen, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal vorkamen, sind nicht aufgeführt.



B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-132	1086	Manipulationen an der Harnblase
3-13d	893	Urographie
8-110	628	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen
8-137	456	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
1-661	387	Diagnostische Urethrozystoskopie
1-334	273	Urodynamische Untersuchung
5-573	260	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
3-13f	247	Zystographie
5-601	145	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
9-984	138	Pflegebedürftigkeit
8-133	135	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters
1-693	124	Diagnostische Endoskopie der Harnwege durch Inzision und intraoperativ
8-541	122	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren
5-572	118	Zystostomie
5-550	82	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
5-562	82	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
8-800	74	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5-585	70	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
1-665	68	Diagnostische Ureterorenoskopie
5-570	61	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase
1-465	54	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5-554	43	Nephrektomie
5-604	43	Radikale Prostatovesikulektomie
5-581	36	Plastische Meatotomie der Urethra
1-336	34	Harnröhrenkalibrierung
3-13e	32	Miktionszystourethrographie
5-640	32	Operationen am Präputium
8-138	29	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters
5-560	28	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters
5-406	21	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation
5-552	20	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere
5-622	20	Orchidektomie
5-579	19	Andere Operationen an der Harnblase
5-916	19	Temporäre Weichteildeckung
5-072	18	Adrenalektomie
5-610	17	Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis
5-609	16	Andere Operationen an der Prostata



OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-464	15	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen
8-812	14	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
9-200	14	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
3-13g	13	Urethrographie
5-582	13	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra
6-001	13	Applikation von Medikamenten, Liste 1
5-576	12	Zystektomie
8-542	12	Nicht komplexe Chemotherapie
5-612	11	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe
1-460	10	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata
5-561	9	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums
5-565	9	Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma)
5-611	9	Operation einer Hydrocele testis
5-892	9	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
5-471	8	Simultane Appendektomie
5-553	8	Partielle Resektion der Niere
5-603	8	Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
5-895	8	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8-543	8	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
5-563	7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie
5-630	7	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici
5-896	7	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
1-561	6	Biopsie an Urethra und periurethralem Gewebe durch Inzision
5-541	6	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
5-624	6	Orchidopexie
5-408	5	Andere Operationen am Lymphgefäßsystem
5-530	5	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-568	5	Rekonstruktion des Ureters
5-577	5	Ersatz der Harnblase
5-578	5	Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase
5-590	5	Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe
5-649	5	Andere Operationen am Penis
8-139	5	Andere Manipulationen am Harntrakt
8-987	5	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
5-545	4	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum
5-607	4	Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe
5-629	4	Andere Operationen am Hoden
5-641	4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis
5-643	4	Plastische Rekonstruktion des Penis
5-98c	4	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
8-020	4	Therapeutische Injektion
8-190	4	Spezielle Verbandstechniken

Prozeduren, die im Berichtsjahr seltener als vier Mal durchgeführt wurden, sind nicht aufgeführt.



B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Spelz
AM08	Notfallambulanz (24h)	Urologische Notfallambulanz
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-611	20	Operation einer Hydrocele testis
8-137	18	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
1-661	11	Diagnostische Urethrozystoskopie
8-110	7	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen
5-581	\< 4	Plastische Meatotomie der Urethra
5-631	\< 4	Exzision im Bereich der Epididymis
5-640	\< 4	Operationen am Präputium
1-650	\< 4	Diagnostische Koloskopie
5-635	\< 4	Vasotomie des Ductus deferens
5-636	\< 4	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt



B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	8,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,5
Stationäre Versorgung	6,5
Fälle je VK/Person	262,15384

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	6,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,1
Stationäre Versorgung	4,9
Fälle je VK/Person	347,75510

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ60	Urologie	Weiterbildungsbefugnis Urologie: 60 Monate (Dr. med. J. Spelz).
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF04	Andrologie	
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie	Weiterbildungsbefugnis Medikamentöse Tumorthherapie: 12 Monate (Dr. med. J. Spelz).



B-11.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	18,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,0
Stationäre Versorgung	16,42
Fälle je VK/Person	103,77588

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	0,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,79
Fälle je VK/Person	2156,96202

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,8
Fälle je VK/Person	2130,00000

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	1704,00000

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte	1,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,5
Fälle je VK/Person	1136,00000



Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	1704,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs
PQ06	Master
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement



Teil C Qualitätssicherung



C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie	317	100,0	
Geburtshilfe	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	4	100,0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	4	100,0	
Herzschrittmacher-Implantation	164	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	10	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung	171	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	69	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel			
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	40	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation			
Karotis-Revaskularisation	105	100,0	
Knieendoprothesenversorgung	114	100,0	
Leberlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	344	100,0	



C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

Qualitätsindikator	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Kennzahl-ID	52321
Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,7
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,60 / 98,78
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	39 / 39 / 39,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,03 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,02 / 98,22
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	32 / 32 / 32,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,28 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Kennzahl-ID	52315
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3.00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 / 1,34
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	9 / 0 / 9,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 29,91
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 / 1,11
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	10 / 0 / 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 12,78
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	51196
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,3
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,12 / 1,49
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTiG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)
Kennzahl-ID	52328
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,4
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8.69 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,20 / 3,58
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	42 / 0 / 42,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 8,38
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Infektion, die zu einer erneuten Operation führte
Kennzahl-ID	52002
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	%
Bundesergebnis	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,47 / 0,63
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	42 / 0 / 42,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 8,38
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)
Kennzahl-ID	52324
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3.00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,35 / 0,71
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation
Kennzahl-ID	52001
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,2
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 6.00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,98 / 3,35
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Kennzahl-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,8
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,72 / 96,98
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	144 / 136 / 144,00
Rechnerisches Ergebnis	94,44
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,42 / 97,16
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
Kennzahl-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,1
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,11 / 0,16
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	144 / 0 / 144,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 2,60
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,4
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,36 / 1,53
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	163 / 4 / 163,00
Rechnerisches Ergebnis	2,45
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,96 / 6,14
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Kennzahl-ID	52139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	89,2
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,04 / 89,45
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	167 / 165 / 167,00
Rechnerisches Ergebnis	98,80
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,74 / 99,67
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,7
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,66 / 95,81
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	612 / 555 / 612,00
Rechnerisches Ergebnis	90,69
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,12 / 92,74
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	2195
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5.88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 / 1,19
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	140 / 0 / 140,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Kennzahl-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,48 / 1,66
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 / 1,17
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Kennzahl-ID	2194
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	140 / 4 / 140,00
Rechnerisches Ergebnis	0,61
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,46 / 98,64
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	144 / 138 / 144,00
Rechnerisches Ergebnis	95,83
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,21 / 98,08
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)
Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,8
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3.00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 / 0,94
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Kennzahl-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,5
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,28 / 96,75
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	40 / 36 / 40,00
Rechnerisches Ergebnis	90,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	76,95 / 96,04
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Kennzahl-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,3
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,13 / 96,40
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	147 / 134 / 147,00
Rechnerisches Ergebnis	91,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,46 / 94,76
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	51186
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6.75 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 / 1,10
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Kennzahl-ID	52131
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	91,7
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,40 / 92,00
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	42 / 41 / 42,00
Rechnerisches Ergebnis	97,62
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,68 / 99,58
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen
Kennzahl-ID	50055
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,75 / 92,43
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	40 / 28 / 40,00
Rechnerisches Ergebnis	70,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	54,57 / 81,93
Ergebnis im Berichtsjahr	D50
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

-
In diesem Leistungsindikator wird in einigen Fällen die leitlinienkonforme Indikation zur ICD-Implantation in Frage gestellt. Nach sorgfältiger Prüfung der Fälle durch den Chefarzt der Klinik für Kardiologie im Kreisklinikum können wir jedoch sagen, dass bei den betreffenden Fällen eine klare, leitliniengerechte Indikation für das jeweilige Device bestand. Lediglich in einem Fall könnte man über die Indikation ein wenig streiten. Aber auch dort ist immer die individuelle Patientensituation über



Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,3
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7.50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,28 / 2,42
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	10271
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.12 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 / 1,14
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	123 / 0 / 123,00
Rechnerisches Ergebnis	1,96
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,05 / 97,20
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	80 / 80 / 80,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,42 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand
Kennzahl-ID	54003
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	13,7
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	13,48 / 14,03
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,8
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 85,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,72 / 95,90
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	132 / 132 / 132,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,17 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2.40 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 / 1,02
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTiG.

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,5
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5.72\%$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,46 / 1,57
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	80 / 0 / 80,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 4,58
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,4
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,99 / 92,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 8 / 11,00
Rechnerisches Ergebnis	72,73
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	43,44 / 90,25
Ergebnis im Berichtsjahr	S99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Dokumente von der Klinik waren nicht anonymisiert

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Die Abweichungen in dem als rechnerisch auffällig festgestellten Qualitätsindikator erklärt sich nach genauer Prüfung der betroffenen Fälle durch die besondere Einzelfallsituation der /des Patienten und bleibt ohne weitere Konsequenzen.



Qualitätsindikator	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	6,2
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 15.15 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,84 / 6,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	9 / 0 / 9,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 29,91
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,2
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,19 / 0,23
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

-
Die einzelne Abweichung in dem als rechnerisch auffällig festgestellten Qualitätsindikator erklärt sich nach genauer Prüfung des betroffenen Falles durch die besondere Einzelfallsituation des Patienten und bleibt ohne weitere Konsequenzen.



Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11.41 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,45 / 4,79
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
Kennzahl-ID	54010
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,1
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,03 / 98,16
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	80 / 80 / 80,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,42 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54021
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,4
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,17 / 96,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	9 / 9 / 9,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Kennzahl-ID	54124
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.89 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 / 1,10
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Kennzahl-ID	54125
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,6
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 13.33\%$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,25 / 4,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	13 / 0 / 13,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 22,81
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Kennzahl-ID	54127
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 / 0,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	111 / 0 / 111,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
Kennzahl-ID	54128
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,8
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 98.54 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,76 / 99,81
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	74 / 74 / 74,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3.79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 / 0,95
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	114 / 0 / 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 10,61
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Kennzahl-ID	50481
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10.37 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,95 / 3,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	13 / 0 / 13,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 22,81
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Kennzahl-ID	54123
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,4
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,35 / 1,46
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	101 / 0 / 101,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 3,66
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
Kennzahl-ID	54026
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,9
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,79 / 93,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	101 / 99 / 101,00
Rechnerisches Ergebnis	98,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,07 / 99,46
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,8
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,75 / 97,90
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	92 / 92 / 92,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,99 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	93,3
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,87 / 93,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	13 / 13 / 13,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,19 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	60686
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	20,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40.23 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	19,39 / 20,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses



Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	60685
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,25
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	88,3
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 74.04 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	87,96 / 88,59
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTiG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.94 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,38 / 2,56
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4 / 0 / 4,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 48,99
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	60683
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	12,2
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,01 / 13,58
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	60684
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	12,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,05 / 12,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses



Qualitätsindikator	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Kennzahl-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	7,6
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,23 / 8,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens s

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,11 / 1,33
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens s

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der
Kennzahl-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 4.18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 / 1,17
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG.

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens s

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95.00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 / 98,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	317 / 314 / 317,00
Rechnerisches Ergebnis	99,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,25 / 99,68
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	93,9
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,74 / 93,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	179 / 179 / 179,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,90 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,1
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90.00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,01 / 95,18
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	276 / 265 / 276,00
Rechnerisches Ergebnis	96,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,01 / 97,76
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,49 / 98,58
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	312 / 309 / 312,00
Rechnerisches Ergebnis	99,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,21 / 99,67
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,6
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,47 / 95,66
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	196 / 194 / 196,00
Rechnerisches Ergebnis	98,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,36 / 99,72
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,2
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 / 97,56
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5 / 5 / 5,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,55 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1.58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	317 / 44 / 34,29
Rechnerisches Ergebnis	1,28
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,97 / 1,68
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,42 / 96,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	312 / 306 / 312,00
Rechnerisches Ergebnis	98,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,87 / 99,12
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54050
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,3
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,16 / 95,52
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	59 / 59 / 59,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,89 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2.07 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	14,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	13,85 / 14,40
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54029
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,3
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4.50\%$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,18 / 1,36
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	69 / 0 / 69,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 5,27
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, 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)
Kennzahl-ID	54042
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2.17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 / 1,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 / 0,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knocheile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTiG:

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 / 0,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	A41
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG_

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

-
 Die Geschäftsstelle Qualitätssicherung sieht für die als rechnerisch auffällig festgestellten Qualitätsindikatoren - nach Prüfung der Sachverhalte durch die verantwortlichen Mitarbeiter im Kreisklinikum und nach dem Strukturierten Dialog zwischen Krankenhaus und Geschäftsstelle Qualitätssicherung keine Notwendigkeit zu weiteren Konsequenzen ihrerseits. Die im Hause festgestellten Hinweise auf Prozessmängel sind bereits durch unsere Abteilung Innerbetriebliche Fortbildung bewertet und Maßnahmen



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	21687 / 92 / 73,86
Rechnerisches Ergebnis	1,25
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	11704
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 / 1,08
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTiG:

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
Kennzahl-ID	51859
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,70 / 3,40
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Kennzahl-ID	605
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,2
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,44
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
Kennzahl-ID	606
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,7
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,08 / 3,59
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Kennzahl-ID	51445
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,7
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,28 / 2,29
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	6 / 0 / 6,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 39,03
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Kennzahl-ID	51448
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,9
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 / 3,67
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	6 / 0 / 6,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 39,03
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Kennzahl-ID	51860
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,7
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,98 / 4,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	603
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,78 / 99,11
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	604
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,8
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,68 / 99,87
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Einheit	nein
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 / 1,11
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Kennzahl-ID	51443
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,12 / 99,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	51 / 51 / 51,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,00 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
Kennzahl-ID	52240
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	6,6
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,90 / 10,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	0 / 0 / 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTiG:

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Kennzahl-ID	51437
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,02 / 98,88
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	12 / 12 / 12,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,75 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	51865
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 / 1,15
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	77 / 0 / 2,21
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 1,66
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	51873
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 / 1,12
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG:

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen -

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses -



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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

keine Angaben

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Qualitätssicherung Schlaganfall

Bezeichnung des Qualitätsindikators:

Qualitätsindikatoren und Ergebnisse auf der homepage des Kreisklinikum Siegen.

Ergebnis: Die Ergebnisse sind auf der Homepage des Kreisklinikums veröffentlicht.

Messzeitraum: 01.01.2018 - 31.12.2018

Datenerhebung: siehe "Quellenangabe"

Rechenregeln: siehe "Quellenangabe"

Referenzbereiche: siehe "Quellenangabe"

Vergleichswerte: siehe "Quellenangabe"

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: <https://www.kreisklinikum-siegen.de/unternehmen/downloads/>



C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/ Erläuterung
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	9	Personelle Neuausrichtung (MM03)	01.01.2018
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	21	Keine Ausnahme (MM05)	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	90	Keine Ausnahme (MM05)	

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Leistungsbereich	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	9
die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	6
Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	rechtsstreit anhängig
Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	nein
Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	nein
Übergangsregelung	ja

Leistungsbereich	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	21
die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	14
Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	ja
Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	nein
Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	nein
Übergangsregelung	nein



Leistungsbereich	Kniegelenk- Totalendoprothesen
Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	90
die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	101
Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	ja
Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	nein
Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	nein
Übergangsregelung	nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

keine Angaben

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und - psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	87
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	60
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	51

(*) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)