Klinikum | St.GEORG

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3
SGB V über das

Berichtsjahr 2020

Klinikum St. Georg gGmbH

Standort Eutritzsch
Delitzscher Str. 141

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 3
A-0 Fachabteilungen 3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 10
A-9 Anzahl der Betten 10
A-10 Gesamtfallzahlen 10
A-11 Personal des Krankenhauses 10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 16
A-13 Besondere apparative Ausstattung 27
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V 27
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 29
B-[1] Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie 29
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 29
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel 31
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 31
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 31
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 32
B-[2] Abteilung für Anästhesiologie und perioperatives Management 33
B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 33
B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel 34
B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 34
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 34
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 36
B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 36
B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren 36
B-[2].11 Personelle Ausstattung 36
B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen 36
B-[2].11.2 Pflegepersonal 36
B-[3] Abteilung für interdisziplinäre Intensivmedizin 38
B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 38
B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel 39
B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 39
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 39
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 40
B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD 40
B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 40
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 40
B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 41
B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren 41
B-[3].11 Personelle Ausstattung 42
B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen 42
B-[3].11.2 Pflegepersonal 42
B-[4] Abteilung für Palliativmedizin 44
B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 44
B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel 44
B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 44
B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 45

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 45
B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 45
B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 45
B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 46
B-[4].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 46
B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren ... 46
B-[4].11 Personelle Ausstattung ... 46
B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 46
B-[4].11.2 Pflegepersonal ... 47
B-[5] Abteilung für Schmerztherapie ... 48
B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 48
B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 48
B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 49
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 49
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 50
B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 50
B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 50
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 50
B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 50
B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren ... 50
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 50
B-[5].11 Personelle Ausstattung ... 52
B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 52
B-[5].11.2 Pflegepersonal ... 53
B-[6] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie ... 54
B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 54
B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 55
B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 56
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 56
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 57
B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 57
B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 57
B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 59
B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 59
B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 59
B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 59
B-[6].11 Personelle Ausstattung ... 60
B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 60
B-[6].11.2 Pflegepersonal ... 61
B-[7] Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie ... 63
B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 63
B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 64
B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 64
B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 64
B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 66
B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 66
B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 66
B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 66
B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 66
B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 67
B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 67
B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 67
B-[7].11 Personelle Ausstattung ... 68
B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 68
B-[7].11.2 Pflegepersonal ... 69
B-[8] Abteilung für Orthopädie ... 71

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 71
B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 72
B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 72
B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 72
B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 74
B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 75
B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 75
B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 75
B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 75
B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 75
B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 75
B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 75
B-[8].11 Personelle Ausstattung ... 75
B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 75
B-[8].11.2 Pflegepersonal ... 76
B-[9] Abteilung für Spezialisierte Septische Chirurgie ... 77
B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 77
B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 78
B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 78
B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 78
B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 80
B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 80
B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 80
B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 81
B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 81
B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 81
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 81
B-[9].11 Personelle Ausstattung ... 81
B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 81
B-[9].11.2 Pflegepersonal ... 82
B-[10] Klinik für Neurochirurgie ... 83
B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 83
B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 84
B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 84
B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 85
B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 86
B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 86
B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 86
B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 86
B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 86
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 87
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 87
B-[10].11 Personelle Ausstattung ... 87
B-[10].11. Ärzte und Ärztinnen ... 87
B-[10].11. Pflegepersonal ... 88
B-[11] Klinik für Plastische und Handchirurgie mit Schwerbrandverletztenzentrum ... 90
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 90
B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 90
B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 91
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 91
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 92
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 92
B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 93
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 93
B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 93
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 93

B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 93
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 94
B-[11].11 Personelle Ausstattung 94
B-[11].11.Ärzte und Ärztinnen 94
B-[11].11.Pflegepersonal 94
B-[12] Schwerbrandverletztenzentrum 97
B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 97
B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel 97
B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 97
B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 97
B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 98
B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD 98
B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 98
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 99
B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 99
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 99
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 99
B-[12].11 Personelle Ausstattung 99
B-[12].11.Pflegepersonal 99
B-[13] Klinik für Thoraxchirurgie 101
B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 101
B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel 102
B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 102
B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 102
B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 103
B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD 103
B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 103
B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 103
B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 104
B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 104
B-[13].11 Personelle Ausstattung 104
B-[13].11.Ärzte und Ärztinnen 104
B-[13].11.Pflegepersonal 105
B-[14] Klinik für Gefäßchirurgie 107
B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 107
B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel 108
B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 108
B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 108
B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 109
B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD 109
B-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 109
B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 109
B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 109
B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 110
B-[14].11 Personelle Ausstattung 110
B-[14].11.Ärzte und Ärztinnen 110
B-[14].11.Pflegepersonal 110
B-[15] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe 112
B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 112
B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel 112
B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 112
B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 113
B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 114
B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD 114
B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 114
B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 114

B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 114
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 114
B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 115
B-[15].11 Personelle Ausstattung ... 115
B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 115
B-[15].11.2 Pflegepersonal ... 116
B-[16] Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde ... 118
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 118
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 119
B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 119
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 119
B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 121
B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 121
B-[16].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 121
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 121
B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 121
B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 121
B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 122
B-[16].11 Personelle Ausstattung ... 122
B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 122
B-[16].11.2 Pflegepersonal ... 123
B-[17] Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ... 125
B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 125
B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 126
B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 126
B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 126
B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 127
B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 127
B-[17].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 127
B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 127
B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 128
B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 128
B-[17].11 Personelle Ausstattung ... 128
B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 128
B-[17].11.2 Pflegepersonal ... 128
B-[18] Klinik für Urologie und Andrologie ... 130
B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 130
B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 131
B-[18].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 131
B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 131
B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 133
B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 133
B-[18].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 133
B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 134
B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 134
B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 134
B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 134
B-[18].11 Personelle Ausstattung ... 135
B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 135
B-[18].11.2 Pflegepersonal ... 135
B-[19] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ... 137
B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 137
B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 139
B-[19].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 139
B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 140
B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 141

B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 141
B-[19].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 141
B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 141
B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 141
B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 141
B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 142
B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 142
B-[19].11 Personelle Ausstattung ... 142
B-[19].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 143
B-[19].11.2 Pflegepersonal ... 143
B-[20] Abteilung für Neonatologie ... 146
B-[20].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 146
B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 146
B-[20].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 147
B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 147
B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 148
B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 148
B-[20].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 148
B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 148
B-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 148
B-[20].11 Personelle Ausstattung ... 148
B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 149
B-[20].11.2 Pflegepersonal ... 149
B-[21] Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin ... 152
B-[21].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 152
B-[21].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 152
B-[21].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 152
B-[21].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 153
B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 153
B-[21].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 154
B-[21].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 154
B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 154
B-[21].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 154
B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 154
B-[21].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 154
B-[21].11 Personelle Ausstattung ... 155
B-[21].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 155
B-[21].11.2 Pflegepersonal ... 155
B-[22] Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie ... 158
B-[22].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 158
B-[22].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 159
B-[22].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 159
B-[22].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 159
B-[22].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 160
B-[22].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 160
B-[22].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 160
B-[22].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 160
B-[22].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 160
B-[22].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 160
B-[22].11 Personelle Ausstattung ... 161
B-[22].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 161
B-[22].11.2 Pflegepersonal ... 161
B-[23] Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik ... 163
B-[23].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 163
B-[23].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 164
B-[23].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 164

B-[23].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 164
B-[23].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 165
B-[23].6 Hauptdiagnosen nach ICD 165
B-[23].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 165
B-[23].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 166
B-[23].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 166
B-[23].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 166
B-[23].11 Personelle Ausstattung 166
B-[23].11.. Ärzte und Ärztinnen 166
B-[23].11.. Pflegepersonal 167
B-[24] Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie 169
B-[24].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 169
B-[24].1.1 Fachabteilungsschlüssel 169
B-[24].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 170
B-[24].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 170
B-[24].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 171
B-[24].6 Hauptdiagnosen nach ICD 171
B-[24].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 171
B-[24].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 171
B-[24].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 171
B-[24].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 171
B-[24].11 Personelle Ausstattung 172
B-[24].11.. Ärzte und Ärztinnen 172
B-[24].11.. Pflegepersonal 173
B-[25] Abteilung für Nephrologie 175
B-[25].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 175
B-[25].1.1 Fachabteilungsschlüssel 176
B-[25].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 176
B-[25].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 176
B-[25].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 177
B-[25].6 Hauptdiagnosen nach ICD 178
B-[25].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 178
B-[25].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 178
B-[25].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 178
B-[25].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 178
B-[25].11 Personelle Ausstattung 178
B-[25].11.. Ärzte und Ärztinnen 178
B-[25].11.. Pflegepersonal 179
B-[26] Abteilung für Rheumatologie 181
B-[26].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 181
B-[26].1.1 Fachabteilungsschlüssel 181
B-[26].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 181
B-[26].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 182
B-[26].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 182
B-[26].6 Hauptdiagnosen nach ICD 182
B-[26].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 182
B-[26].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 182
B-[26].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 183
B-[26].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 183
B-[26].11 Personelle Ausstattung 183
B-[26].11.. Ärzte und Ärztinnen 183
B-[26].11.. Pflegepersonal 183
B-[27] Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie 185
B-[27].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 185
B-[27].1.1 Fachabteilungsschlüssel 185
B-[27].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 185

B-[27].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 186
B-[27].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 186
B-[27].6 Hauptdiagnosen nach ICD 186
B-[27].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 186
B-[27].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 187
B-[27].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 187
B-[27].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 187
B-[27].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 187
B-[27].11 Personelle Ausstattung 187
B-[27].11.Ärzte und Ärztinnen 187
B-[27].11.Pflegepersonal 188
B-[28] Klinik für Neurologie 190
B-[28].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 190
B-[28].1.1 Fachabteilungsschlüssel 191
B-[28].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 191
B-[28].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 191
B-[28].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 192
B-[28].6 Hauptdiagnosen nach ICD 192
B-[28].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 192
B-[28].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 192
B-[28].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 192
B-[28].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 193
B-[28].11 Personelle Ausstattung 193
B-[28].11.Ärzte und Ärztinnen 193
B-[28].11.Pflegepersonal 193
B-[29] Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie 196
B-[29].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 196
B-[29].1.1 Fachabteilungsschlüssel 197
B-[29].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 197
B-[29].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 197
B-[29].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 199
B-[29].6 Hauptdiagnosen nach ICD 199
B-[29].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 199
B-[29].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 199
B-[29].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 199
B-[29].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 199
B-[29].11 Personelle Ausstattung 199
B-[29].11.Ärzte und Ärztinnen 199
B-[29].11.Pflegepersonal 200
B-[30] Zentrale Notfallaufnahme 202
B-[30].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 202
B-[30].1.1 Fachabteilungsschlüssel 202
B-[30].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 202
B-[30].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 202
B-[30].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 203
B-[30].6 Hauptdiagnosen nach ICD 203
B-[30].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 203
B-[30].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 203
B-[30].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 204
B-[30].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 204
B-[30].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 204
B-[30].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 204
B-[30].11 Personelle Ausstattung 204
B-[30].11.Ärzte und Ärztinnen 204
B-[30].11.Pflegepersonal 206
B-[31] Klinik für Radiologie 208

B-[31].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 208
B-[31].1.1 Fachabteilungsschlüssel 208
B-[31].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 209
B-[31].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 209
B-[31].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 210
B-[31].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 210
B-[31].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 210
B-[31].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 210
B-[31].11 Personelle Ausstattung 211
B-[31].11.Ärzte und Ärztinnen 211
B-[32] Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin 212
B-[32].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 212
B-[32].1.1 Fachabteilungsschlüssel 213
B-[32].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 213
B-[32].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 213
B-[32].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 213
B-[32].11 Personelle Ausstattung 213
B-[32].11.Ärzte und Ärztinnen 213
B-[33] Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie 215
B-[33].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 215
B-[33].1.1 Fachabteilungsschlüssel 215
B-[33].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 215
B-[33].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 216
B-[33].11 Personelle Ausstattung 216
B-[33].11.Ärzte und Ärztinnen 216
B-[34] Institut für Pathologie und Tumordiagnostik 217
B-[34].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 217
B-[34].1.1 Fachabteilungsschlüssel 217
B-[34].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 217
B-[34].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 218
B-[34].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 218
B-[34].11 Personelle Ausstattung 218
B-[34].11.Ärzte und Ärztinnen 218
B-[35] Abteilung für Krankenhaushygiene und Sicherheitsmanagement 219
B-[35].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 219
B-[35].1.1 Fachabteilungsschlüssel 219
B-[35].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 219
B-[35].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 219
B-[35].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 220
B-[35].11 Personelle Ausstattung 220
B-[35].11.Ärzte und Ärztinnen 220
B-[35].11.Pflegepersonal 220
B-[36] Geschäftsbereich Apotheke 222
B-[36].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 222
B-[36].1.1 Fachabteilungsschlüssel 223
B-[36].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 223
B-[36].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 223
C Qualitätssicherung 224
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 224
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 318
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 318
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 318
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge 320

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 322
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 323

Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserem Qualitätsbericht für das Jahr 2020. Wir informieren Sie in der üblichen Form über die Struktur- und Leistungsdaten. Bitte beachten Sie, dass aufgrund der Coronavirus-Pandemie diese nur beschränkt mit dem Vorjahr vergleichbar sind.

Für uns alle war das vergangene Jahr äußerst herausfordernd. Gezeichnet von vielen Veränderungen und Einschränkungen im beruflichen, wie auch im privaten Bereich, musste flexibel auf die neuen Lebensumstände reagieret werden. Diese Veränderungen waren vor allem im klinischen Alltag der Krankenhäuser spürbar. Ein Großteil an Intensivbetten war für COVID-19-Erkrankte reserviert, zeitweise musste das OP-Programm angepasst und das Personal umgesetzt werden. Nur so war es möglich, die Versorgung der schwersterkrankten Patienten zu gewährleisten. Durch die hohe Expertise unserer Infektiologen, zählt das Klinikum St. Georg zu den Hauptversorgern der Stadt Leipzig und berät zudem das Gesundheitsamt Leipzig und umliegende Krankenhäuser. Vergangenes Jahr haben wir als Unternehmen ein außerordentlich hohes Engagement, und mit großem persönlichem Einsatz jedes einzelnen Beschäftigten, einen wichtigen Beitrag zur Pandemiebekämpfung geleistet. Wir als Geschäftsführung sind stolz auf die Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und bedanken uns an der Stelle.
Ungeachtet dieser besonderen Umstände investieren wir in den kommenden Jahren in die Modernisierung des Klinikums. Das neue Ambulanzgebäude steht kurz vor seiner Fertigstellung und die Planungen für das größte Bauvorhaben des Klinikums, der Zentralbau II, sind fast abgeschlossen. Unser Ziel ist, dass sich unsere Patientinnen, Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Klinikum wohlfühlen. Die zunehmend technologiebasierte Behandlung von Erkrankungen wird dabei gekoppelt mit funktionalen Gebäuden, sensiblem Umgang mit denkmalgeschützter Bausubstanz, großzügige Grünanlagen, guter Erreichbarkeit und einem hervorragenden Service.

Jederzeit können Sie sich auf unserer Homepage (www.sanktgeorg.de) über aktuelle Angebote, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen informieren. Dort haben Sie auch die Möglichkeit, Lob oder Kritik zu äußern. Unterstützen Sie uns mit Hinweisen und Vorschlägen!
Herzlichen Dank für Ihr entgegengebrachtes Interesse und Vertrauen.
Ihre

Dr. Iris Minde
Geschäftsführerin

Claudia Pfefferle
Geschäftsführerin

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	**Für die Erstellung des Qualitätsberichts**
Name/Funktion:	Michael Müller, Geschäftsbereichsleiter Unternehmensentwicklung
Telefon:	0341 909 3100
Fax:	0341 909 1474
E-Mail:	michael.mueller@sanktgeorg.de

Verantwortlicher:	**Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung**
Name/Funktion:	Dr. Iris Minde; Claudia Pfefferle , Geschäftsführung
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	https://www.sanktgeorg.de/home.html
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	https://www.sanktgeorg.de/partner-einweiser/qualitaet-und-hygiene/qualitaetsberichte.html

Weiterführende Links:

	URL	Beschreibung
1	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute.html	Überblick über die interdisziplinären Behandlungszentren der Klinikum St. Georg gGmbH
2	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen.html	Überblick über die Kliniken und Abteilungen der Klinikum St. Georg gGmbH und des Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH

Datum der Erstellung des Berichts	13.11.2021
Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML	3M Medica - 3M Deutschland GmbH Health Information Systems
Verwendete Software mit Versionsangabe	3M Qualitätsbericht Version 2021.3.0

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	Nicht-Bettenführend	3600	Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
2	Nicht-Bettenführend	3690	Abteilung für Anästhesiologie und perioperatives Management
3	Hauptabteilung	3600	Abteilung für interdisziplinäre Intensivmedizin
4	Hauptabteilung	3752	Abteilung für Palliativmedizin
5	Hauptabteilung	3753	Abteilung für Schmerztherapie
6	Hauptabteilung	1500	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie
7	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie
8	Hauptabteilung	2300	Abteilung für Orthopädie
9	Hauptabteilung	2390	Abteilung für Spezialisierte Septische Chirurgie
10	Hauptabteilung	1700	Klinik für Neurochirurgie
11	Hauptabteilung	1900	Klinik für Plastische und Handchirurgie mit Schwerbrandverletztenzentrum
12	Hauptabteilung	1990	Schwerbrandverletztenzentrum
13	Hauptabteilung	2000	Klinik für Thoraxchirurgie
14	Hauptabteilung	1800	Klinik für Gefäßchirurgie
15	Hauptabteilung	2400	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
16	Hauptabteilung	2600	Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
17	Belegabteilung	3500	Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
18	Hauptabteilung	2200	Klinik für Urologie und Andrologie
19	Hauptabteilung	1000	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
20	Hauptabteilung	1200	Abteilung für Neonatologie
21	Hauptabteilung	0190	Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin
22	Hauptabteilung	0105	Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie
23	Hauptabteilung	0200	Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik
24	Hauptabteilung	0152	Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie
25	Hauptabteilung	0400	Abteilung für Nephrologie
26	Hauptabteilung	0109	Abteilung für Rheumatologie
27	Hauptabteilung	0107	Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie
28	Hauptabteilung	2800	Klinik für Neurologie
29	Hauptabteilung	3300	Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
30	Hauptabteilung	3792	Zentrale Notfallaufnahme
31	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für Radiologie
32	Nicht-Bettenführend	3791	Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin
33	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie
34	Nicht-Bettenführend	3792	Institut für Pathologie und Tumordiagnostik
35	Nicht-Bettenführend	3792	Abteilung für Krankenhaushygiene und Sicherheitsmanagement
36	Nicht-Bettenführend	3700	Geschäftsbereich Apotheke

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Klinikum St. Georg gGmbH
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
IK-Nummer:	261400530
Standort-Nummer alt:	01
Standort-Nummer:	772884000
Telefon-Vorwahl:	0341
Telefon:	9090
E-Mail:	info@sanktgeorg.de
Krankenhaus-URL:	https://www.sanktgeorg.de/home.html

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	**Verwaltungsleitung**
Name/Funktion:	Dr. Iris Minde, Geschäftsführerin
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

Leitung:	**Verwaltungsleitung**
Name/Funktion:	Claudia Pfefferle, Geschäftsführerin
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

Leitung:	**Ärztliche Leitung**
Name/Funktion:	Prof. Dr. Amir Hamza, Leitender Chefarzt
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

Leitung:	**Pflegedienstleitung**
Name/Funktion:	Raghad Alsaloum, Pflegezentrenübergreifende Pflegedienstleitung
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

	Institutionskennzeichen
1	261400530

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Stadt Leipzig
Träger-Art:	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1	Universität Leipzig

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Die nachfolgenden Angaben zum medizinisch-pflegerischen Angebot gelten für alle Kliniken und Abteilungen des Krankenhauses. Darüber hinausgehende abteilungsindividuelle Möglichkeiten entnehmen Sie bitte dem Kapitel B.

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
	Anleitung/Beratung in Zusammenarbeit mit der AOK; Beratungsgespräche durch Mitarbeiter der Pflegeüberleitung und des Sozialdienstes
2	Atemgymnastik/-therapie
	auf ärztliche Anordnung
3	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
	Gruppenangebot sowie Ernährungsberatung bei Allergien, Lebensmittelintoleranzen (Milchzucker, Fruchtzucker, Histamin), chronisch entzündliche Darmerkrankungen
4	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	Betreuung durch Krankenhausseelsorge (evangelisch und katholisch), Ethikkomitee
5	Bewegungsbad/Wassergymnastik
	Einzel- und Gruppentherapie für stationäre Patienten
6	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
	für Erwachsene durch zertifizierte Therapeuten
7	Diät- und Ernährungsberatung
	über Diätassistenten und Spezialsprechstunde bspw. bei folgenden Diagnosen Adiopsitas, Gastrektomie, Dialyse, Allergien, chron. entzündl.Darmerkrankung, Fettstoffwechselstörung, Mangelernährung, Dünndarmresktion, Stomapatienten, Divertikulitis, Tumorerkrankung
8	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
9	Ergotherapie/Arbeitstherapie
10	Fußreflexzonenmassage
	durch zertifizierte Therapeuten

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
11	Massage
	verschiedene Massageformen
12	Medizinische Fußpflege
	auf Anforderung durch Stationsleitung
13	Physikalische Therapie/Bädertherapie
	Babyschwimmen
14	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
15	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
	Betriebssportverein
16	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
	Kursangebote in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen; Betriebssportverein
17	Schmerztherapie/-management
	spezielle Behandlungsangebote im Schmerzzentrum des Klinikums
18	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
	AOK Projekt Angehörigenberatung, Schulung z.B. zur Lagerung/Mobilisation, Sturzprophylaxe, Ernährung
19	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
20	Stomatherapie/-beratung
21	Traditionelle Chinesische Medizin
	Ernährungsberatung, Kochkurse; Osteopathie
22	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
	auf Anforderung der Stationsleitung
23	Wundmanagement
	Versorgung/Beratung/Anleitung durch Wundtherapeutin
24	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
	Haus Leben, Ilco (Stoma - Selbsthilfegruppe)
25	Sozialdienst
26	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
	Zusammenarbeit mit Städtischen Altenpflegeeinrichtungen, ambulanter Pflegedienst St. Georg, Kurzzeitpflege St. Georg
27	Akupunktur
	Geburtshilfe; Komplementäre Medizin (TCM) in der Neurochirurgie
28	Aromapflege/-therapie
	beruhigende/belebende Waschungen, Aromatherapie in der Palliativpflege - gezielter Einsatz von Pflanzenessenzen (ätherische Öle) zur Beseitigung von Beschwerden und Krankheiten sowie zur Verbesserung des Wohlbefindens
29	Basale Stimulation
	Geriatrie
30	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
	im Rahmen der Ergotherapie
31	Biofeedback-Therapie
	Entspannungsverfahren - Einstellungs- und Verhaltensänderung durch die Psychologische Schmerztherapie
32	Eigenblutspende
	Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie
33	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
	Bereichspflege auf allen Stationen, Case Management durch speziell geschulte Pflegekräfte im Sinne der Fallsteuerung
34	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik

	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
	Angebot durch Hebammen
35	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
	durch Ergotherapeuten
36	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
	spezielle Beckenbodengymnastik
37	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
	Verbund gemeindenahe Psychiatrie
38	Musiktherapie
39	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
	Kinderklinik
40	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
	Manualtherapie durch zertifizierte Therapeuten
41	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
	durch zertifizierte Therapeuten
42	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
43	Säuglingspflegekurse
44	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
	Kochkurse für Adipositaspatienten und Krebspatienten , Vorträge im Haus Leben in Leipzig und Delitzsch, Kostenlose Vorträge in der Stadtbibliothek mit anschließender Dialogrunde, Zusammenarbeit mit LVZ und MDR
45	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
46	Sporttherapie/Bewegungstherapie
	verschiedene Gruppentherapien (z.B. Schmerztherapie, Adipositas); Herzsport über Kooperationspartner
47	Stillberatung
48	Wärme- und Kälteanwendungen
	Pelosepackung oder heiße Rolle als Wärmeanwendung, Kältetherapie mit Kaltluftgerät
49	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
	Rückbildungsgymnastik als Gruppentherapie
50	Manuelle Lymphdrainage
51	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
52	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
53	Audiometrie/Hördiagnostik
	in der Klinik für Hals,-Nasen,-Ohrenheilkunde
54	Akupressur
	Leistung der Physiotherapie
55	Kinästhetik
56	Spezielle Entspannungstherapie
	Betriebsportverein
57	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
	Brustschwester, Onkolotse, Fachkrankenschwester - Onkologie
58	Asthmaschulung
59	Snoezelen
60	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
	Geburtsvorbereitungskurse, Hebammensprechstunde, Elternschule, Geschwisterkurse, Großelternkurs, Vätersprechstunde, Krabbegruppe

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Die nachfolgenden Angaben zu infrastrukturellen Angeboten gelten für alle Kliniken und Abteilungen des Krankenhauses. Darüber hinausgehende abteilungsindividuelle Möglichkeiten entnehmen Sie bitte dem Kapitel B.

	Leistungsangebot
1	Ein-Bett-Zimmer
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	Mutter-Kind-Zimmer
	im Haus 20
4	Rooming-in
	Konzept der bindungsfördernden ganzheitlichen Betreuung
5	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachbereich Palliativmedizin; Gästezimmer stehen zur Verfügung Telefon: 0341 9092159
6	Zwei-Bett-Zimmer
7	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
8	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
	Begleitdienst insbes. durch FSJ-ler und Bundesfreiwilligendienstleistende, für sog. "Besuchsdienst" auch ehrenamtliche "Grünen Damen"
9	Seelsorge/spirituelle Begleitung
	katholisch und evangelisch
10	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
11	Kinderbetreuung
	insgesamt 2 Erzieherinnen (1,48 VK); auf jeder Station der Kinderklinik ist ein Spielzimmer; Betreuung alle Altersgruppen
12	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
	Kooperation mit dem "Haus Leben e.V." (Selbsthilfe e.V. für Krebspatienten)
13	Schule im Krankenhaus
	Unterricht am Bett bzw. im Schulzimmer (je nach Gesundheitszustand des Kindes); Unterricht in den Fächern Mathematik, Deutsch, Englisch - durch Lehrer der Dr.- Georg- Sacke- Schule Leipzig
14	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
	nach indiviueller Absprache mit Küche: muslimische, vegane Küche
15	Abschiedsraum
16	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Die nachfolgenden Angaben zur Barrierefreiheit gelten für alle Kliniken und Abteilungen des Krankenhauses. Darüber hinausgehende abteilungsindividuelle Angebote entnehmen Sie bitte dem Kapitel B.

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Roland Dittmann, Schwerbehindertenvertreter
Telefon:	0341 909 4061
Fax:	0341 909 1437
E-Mail:	roland.dittmann@sanktgeorg.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
2	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
	2 Schwerlastbetten vorhanden, Bettverlängerungen jederzeit möglich, bei größerem Bedarf werden zusätzlich adäquate Mietbetten beschafft
3	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
4	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
	MRT 150 kg/ CT 200 kg/ Röntgenaufnahme 190 kg/ Uro - Durchleuchtung 340 kg
5	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
6	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
7	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
8	Diätetische Angebote
9	Dolmetscherdienst
	über die Zentrale Patientenaufnahme bei Bedarf anzufordern, kostenpflichtig
10	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	zum Teil
11	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/ Brailleschrift
12	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
13	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
14	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
15	Besondere personelle Unterstützung
	Personenshuttle, nach Bedarf organisiert über die Hauptpforte
16	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
17	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
	Sozialdienst und Schwestern mit spezieller geriatrischer Schulung
18	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
19	Allergenarme Zimmer
20	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
21	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten
22	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
	Raum der Stille
23	Aufzug mit visueller Anzeige
24	Kommunikationshilfen
25	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
	nähere Informationen im Kapitel B
2	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
	nähere Informationen im Kapitel B
3	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
	nähere Informationen im Kapitel B
4	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
	nähere Informationen im Kapitel B
5	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
	nähere Informationen im Kapitel B
6	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
	nähere Informationen im Kapitel B
7	Doktorandenbetreuung
	nähere Informationen im Kapitel B

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	Ausbildungen in anderen Heilberufen
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	Die Ausbildung beginnt am 1. September und am 1. März und dauert drei Jahre. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht sowie einer praktischen Ausbildung. Seit 01.01.2020 bieten wir die neue Ausbildung zur/m Pflegefachfrau/ Pflegefachmann an.
2	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
	Das Ziel der zweijährigen Ausbildung besteht im Erwerb der für die Tätigkeit einer Krankenpflegehelferin/ eines Krankenpflegehelfers erforderlichen Kompetenzen, um den vielfältigen Anforderungen des komplexen pflegerischen Handlungsfeldes gerecht zu werden.
3	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
	Die Ausbildung beginnt am 1. September und am 1. März und dauert drei Jahre. In der neuen Pflegeausbildung werden die bisherigen Berufsausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege zu einer generalistischen Ausbildung zusammengefasst.

Ergänzend bietet unsere Medizinische Berufsfachschule den dualen Studiengang "Bachelor of Science (B.Sc. Pflege)" an.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 878

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	29879
Teilstationäre Fallzahl:	112
Ambulante Fallzahl:	121620

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 365,74

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	365,74	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	12,45	**Stationär:**	353,29

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 217,60

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	217,60	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	8,53	**Stationär:**	209,07

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl in Personen: 3

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 9,37

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	9,37	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	9,37

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 9,37

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	9,37	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	9,37

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 653,57

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	653,57	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	17,38	**Stationär:**	636,19

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	87,46			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	87,46	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	17,38	**Stationär:**	70,08

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

Gesamt:	59,54			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	59,54	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	59,54

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt:	7,95			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,95	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,95

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt:	23,86			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	23,86	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	23,86

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

Gesamt:	14,35			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	14,35	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	14,35

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt:	14,63			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	14,63	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	14,63

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt:	4,90			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	4,90

Erzieherin und Erzieher

Gesamt:	1,93			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,93	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,93

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Gesamt:	0,50			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,50

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

Gesamt:	1,23			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,23	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,23

Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt:	1,70			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,70	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,70

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

Gesamt:	4,65			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,65	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	4,65

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

Gesamt:	61,47			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	61,47	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	61,47

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

Gesamt:	41,68			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	41,68	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	41,68

Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt:	16,31			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	16,31	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	16,31

Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt:	17,19			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	17,19	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	17,19

Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt:	6,30			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,30	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,30

Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt:	7,65			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,65	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,65

Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt:	2,08			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,08	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,08

Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt:	0,98			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,98	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,98

Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt:	0,98			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,98	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,98

Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)

Gesamt: 1,44

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,44	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,44

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

Klinisches Risikomanagement, als Teil des Qualitätsmanagements, hat nicht erst seit seiner gesetzlichen Normierung eine besondere Bedeutung für die Klinikum St. Georg gGmbH. Schon seit 2005 existiert ein elektronisches Zwischenfallerfassungssystem. Seit dem Jahr 2013 entstanden eine Reihe wichtiger Verfahrensanweisungen (z.B. Notfallmanagement, Patientenidentifikation, Vermeidung von Seitenverwechslungen, Patientensicherheit im OP) und wurden praktisch umgesetzt. Dabei wurden nationale (Aktionsbündnis Patientensicherheit) und internationale (WHO- OP- Checkliste) Normen umgesetzt. Bei einer Vielzahl interner und externer Audits wird die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft und mit Zertifizierungen bestätigt.

A-12.1 Qualitätsmanagement

Die Geschäftsführung trägt die Verantwortung zur ordnungsgemäßen Durchführung des Qualitätsmanagements. Dies wird mit einer Verpflichtungserklärung unterstrichen.

Die Aufgabe des Qualitätsmanagements ist in der Abteilung Qualitätsmanagement im Geschäftsbereich Unternehmensentwicklung integriert. Die Abteilung Qualitätsmanagement ist zentraler Koordinationspunkt zu allen Fragen des Qualitätsmanagements, insbesondere für die Qualitätssicherung, Qualitätsberichte, Zertifizierungen, das klinische Risiko- und Fehlermanagement, die Anleitung der Qualitätsmanagement-Beauftragten der Strukturbereiche und für die Durchführung interner Begehungen und Überprüfungen.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Michael Müller, Leiter GB Unternehmensentwicklung
Telefon:	0341 909 3100
Fax:	0341 909 1474
E-Mail:	michael.mueller@sanktgeorg.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	Geschäftsführung, Qualitätsmanagement, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Finanzwirtschaft, Controlling, Krankenhaushygiene
Tagungsfrequenz des Gremiums:	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/ Funktionsbereiche:	Qualitätsmanagement, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Krankenhaushygiene
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagementhandbücher z. B.: Brustkrebszentrum, Darmkrebszentrum, Lungenkrebszentrum, Prostatakrebszentrum, Viszeralonkologisches Zentrum, Endoprothetikzentrum, Apotheke, Pathologie, Hämostaseologie, Labor, Stroke Unit, Chest Pain Unit, Sterilgutversorgung, Pflegestandards Letzte Aktualisierung: 08.11.2019
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Klinisches Notfallmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 01.08.2014
4	Schmerzmanagement
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
5	Sturzprophylaxe
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard: Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 18.09.2017
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 15.04.2014
7	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizinische Richtlinie: Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 01.09.2020
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientensicherheit im OP Letzte Aktualisierung: 01.06.2018
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
12	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientensicherheit im OP Letzte Aktualisierung: 01.06.2018
13	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientensicherheit im OP Letzte Aktualisierung: 01.06.2018

	Instrument bzw. Maßnahme
14	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Markierung des Operationsfeldes-Vermeidung von Eingriffsverwechslungen Letzte Aktualisierung: 01.08.2014
15	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Patientensicherheit im OP Letzte Aktualisierung: 01.06.2018
16	Entlassungsmanagement
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

☑	Tumorkonferenzen
☑	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☑	Pathologiebesprechungen
☑	Palliativbesprechungen
☑	Qualitätszirkel
☑	Andere: Hygienekommission

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 01.10.2015
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Intervall: monatlich
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Intervall: bei Bedarf

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Verfahrensanweisungen für das Klinikum: Notfallmanagement, Patientenidentifikation, Vermeidung Eingriffsverwechslungen, Patientensicherheit im OP, Einführung einer OP- Checkliste (WHO), externe Überprüfung durch Gesellschaft für Risikoberatung und BBVL GmbH

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja

Genutzte Systeme:

	Bezeichnung
1	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA))

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Personal	Anzahl
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	36
Hygienefachkräfte (HFK)	5
Hygienebeauftragte in der Pflege	98

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:	quartalsweise

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Amir Hamza, Vorsitzender
Telefon:	0341 909 2750
Fax:	0341 909 2775
E-Mail:	kitn@sanktgeorg.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Die Abteilung Krankenhaushygiene und Sicherheitsmanagement beschäftigt sich mit der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Gefahren, die sich für Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt und für das Personal ergeben können.

Grundanliegen ist die Einhaltung der Anforderungen im Arbeitsprozess und im besonderen Maße die Vermeidung bzw. die Verminderung nosokomialer Infektionen sowie das vorbeugende Erkennen von Gefahrenstellen für Patienten und Personal.

Geleitet wird diese Abteilung durch eine Krankenhaushygienikerin. Ihre Arbeit wird durch Hygienefachkräfte sowie durch Hygienebeauftragte aus ärztlichen, pflegerischen und technischen Bereichen unterstützt.

Zur Erhöhung der Patientensicherheit wird schon seit dem Jahr 2005 für Risikopatienten ein Aufnahmescreening durchgeführt. Dadurch werden Träger von multiresistenten Erregern schnell erfasst und entsprechend behandelt. Diese Methode zeigt Erfolg, größere Ausbrüche mit Übertragungen von einem Patienten zum anderen konnten seit dem nicht mehr beobachtet werden.

Entsprechend den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes werden routinemäßig hygienisch relevante Prozesse überwacht. Beispielhaft seien die mikrobiologischen Kontrollen der Aufbereitung von flexiblen Endoskopen genannt, welche im Halbjahresrhythmus gemeinsam mit dem mikrobiologischen Labor durchgeführt werden.

Regelmäßige Schulungen des Personals, Einleitung von antiepidemischen Maßnahmen, aber auch die prophylaktische Seite der Medizin gehören zu den vordringlichen Aufgabengebieten.

Eine Besonderheit ist die regelmäßige Desinfektion von Lagerungshilfen und Matratzen mittels Hitze. Dadurch werden nicht nur Erreger, sondern auch Krätzemilben, Flöhe und Läuse bekämpft.

Einen Überblick über die hygienischen Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit erhalten Sie in

der nachfolgenden Tabelle.

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	Option	Auswahl
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbra wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbra auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	36
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbra auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbra auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	233

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja
2	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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)
	Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)
	Jeweils am 05. Mai führt das Klinikum einen Aktionstag zur Händedesinfektion durch
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
	Entsprechend den Empfehlungen der KRINKO und des VHD werden routinemäßige Überprüfungen durchgeführt, das bedeutet auch die Durchführung von vierteljährlichen Kontrollen von ausgewählten Medizinprodukten
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
	Jährliche Pflichtbelehrung für alle Mitarbeiter und zusätzlich anlassbezogene Schulungen
5	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
	Name: 1. ADKA-if-DGI-Projekt2. Surveillance von Daten zum Antibiotikaverbrauch in Krankenhäusern des Freistaates Sachsen

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

☐	AMBU-KISS
☐	CDAD-KISS
☐	HAND-KISS
☑	ITS-KISS
☐	MRSA-KISS
☑	NEO-KISS
☐	ONKO-KISS
☐	OP-KISS
☐	STATIONS-KISS
☐	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Sophie Wagner, Lob- und Beschwerdestelle
Telefon:	0341 909 4400
Fax:	0341 909 1501
E-Mail:	patientenecho@sanktgeorg.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Arved Weimann, Chefarzt I Patientenfürsprecher
Telefon:	0341 909 2201
Fax:	
E-Mail:	arved.weimann@sanktgeorg.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Dr.rer.nat. Maike Fedders, Leitung Krankenhausapotheke
Telefon:	0341 9091200

Fax:	0341 9091203
E-Mail:	apotheke@sanktgeorg.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	8
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	10

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.

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
2	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
3	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
4	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)
5	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
7	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Arzneimittelanamnese Letzte Aktualisierung: 14.02.2019

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

☑	Fallbesprechungen
☑	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
☑	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
☑	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
☑	Andere

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	Apparative Ausstattung	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
1	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
4	Gerät für Nierenersatzverfahren	Geräte für Nierenersatzverfahren	Ja
5	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
6	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
7	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
8	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja
9	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
10	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	
11	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
12	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
13	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
14	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
15	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
16	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
17	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja
18	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart? Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung:

☐	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
☐	Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
☑	Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3:

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Ja

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt:

Angabe: Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Ja
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/anaesthesiologie-intensiv-und-schmerztherapie-mit-abteilung-palliativmedizin.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki
1. Oberärztin: PD Dr. med. habil. Elke Czeslick
Pflegedienstleitung: Frau Jeannette Kleine
Die Klinik für Anästhesiologie, Intensiv - und Schmerztherapie (KAIS) fasst organisatorisch 4 klinische Abteilungen unter der Leitung eines geschäftsführenden Chefarztes (Prof. Dr. med. habil. Sablotzki) zusammen.

Die einzelnen Abteilungen werden im Qualitätsbericht jeweils gesondert dargestellt. In diesem Abschnitt wird Ihnen zunächst ein Gesamtüberblick gegeben.
Die Klinik erbringt Leistungen für alle klinischen Bereiche des Krankenhauses. Die Schwerpunkte der Klinik liegen in der Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie.
Dabei werden individuelle Narkoseverfahren unter Berücksichtigung der Erkrankung und der geplanten Operation durchgeführt.

In der Klinik wird das gesamte Spektrum moderner Anästhesieverfahren für Patienten aller Risikoklassen der am Klinikum vertretenen operativen und konservativen Fachdisziplinen angeboten. Im Rahmen des Akutschmerzdienstes betreuen die Schwestern und Ärzte der Klinik Patienten nach großen schmerzhaften Eingriffen und erarbeiten mit den Ärzten der behandelnden Klinik eine individuelle schmerzlindernde Therapie.
Die Klinik verfügt über 4 Bettenstationen mit insgesamt 45 Betten darunter 1 Intensivtherapiestation mit über 29 Betten, eine Schmerztherapiestation mit 6 Betten, sowie eine Palliativstation mit 10 Betten.
Modernste Überwachungs- und Beatmungstechnik, Nierenersatzverfahren und leitliniengerechte Kühlung sind in der interdisziplinären Intensivstation fest etabliert; Neben der postoperativen intensivmedizinischen Versorgung nach großen Operationen sind die Schwerpunkte die Behandlung von Patienten mit schwerer Sepsis, Polytraumatisierung und schweren Schädel-Hirn-Verletzungen. Der leitende Arzt der Intensivstation ist in der antibiotic-stewardship ausgebildet. Der Fallschwereindex bescheinigt der Klinik die Behandlung von überdurchschnittlich vielen sehr schweren Fällen.
In Zusammenarbeit mit der Klinik für Plastische- und Handchirurgie sind spezialisierte Ärzte der KAIS für die anästhesiologische und intensivtherapeutische Versorgung von schwergradig brandverletzten Patienten im Brandverletztenzentrum verantwortlich.

Auf der Intermediate Care werden vorrangig nichtbeatmete Patienten postoperativ versorgt, die eine kontinuierliche Intensivüberwachung benötigen. Schwerpunkt sind Patienten aus den Fachrichtungen Urologie, Traumatologie, Thoraxchirurgie, Gynäkologie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie, HNO und MKG.

Im Schmerzzentrum werden Patienten mit chronischen Schmerzen unterschiedlicher Genese mit einem interdisziplinären multimodalen Konzept behandelt. Die Behandlung erfolgt sowohl ambulant über die

Schmerzambulanz, als auch vollstationär oder teilstationär in der Tagesklinik.
Der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv - und Schmerztherapie ist die Palliativstation mit derzeit 10 Betten in Einzelzimmern angeschlossen. Dort werden Patienten mit unheilbaren Krankheiten wie z. B. Tumorpatienten behandelt. Der Versorgungsschwerpunkt liegt in der symptomorientierten Betreuung der Patienten. Im Vordergrund steht hier die Schmerzlinderung, die Behandlung von Begleiterscheinungen, wie Schwäche, Übelkeit, Erbrechen und Verstopfung, die Mobilisierung der Patienten, die Unterstützung in der Krankheitsbewältigung einschließlich der sozial-rechtlichen Beratung. Für Angehörige, die ihren Verwandten auch im Krankenhaus mit betreuen und versorgen oder sich für eine spätere Pflege zu Hause vorbereiten wollen, besteht die Möglichkeit zur Übernachtung.

Die Mitarbeiter der Klinik sind weiterhin am boden- und luftgebundenen Rettungsdienst (NEF, RTH) mehrerer Standorte beteiligt und stellen die innerklinische Notfallversorgung für das gesamte Klinikum sicher.
Die Klinik ist an verschiedenen Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligt. Es erfolgte die Zertifizierung der Abteilung Anästhesie nach DIN EN ISO 9001: 2015 im Jahr 2019. Außerdem nimmt die Klinik an Evaluierungsmassnahmen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin und dem Krankenhaus Infektions Surveillance System (KISS) teil.
Schwerpunkt der Arbeit liegt auch in einer umfassenden fachlichen Betreuung der Kollegen im Rahmen der Facharztausbildung. Für Studenten werden Praktika bzw. Vorlesungen in Zusammenarbeit mit der Universität Leipzig und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt.

Der von Herrn PD Dr. habil. Malcharek geleitete Arbeitsbereich "Neuroanästhesie und intraoperatives Neuromonitoring" veranstaltet Symposien und Workshops und führt Studien durch.

Der Chefarzt der Klinik hat die vollen Weiterbildungsbefugnisse für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie. Er ist darüber hinaus im Rahmen seines Lehrauftrages mit Vorlesungen, Praktika und der Betreuung von Doktoranden in die akademische Lehre der Universität Leipzig und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg integriert.
Auch die weiteren habilitierten Mitarbeiter der Klinik, Frau PD Dr. med. habil. Elke Czeslick und Herr PD Dr. med. habil Michael Malcharek haben entsprechende Lehraufträge an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Universität Witten-Herdecke.

Der Chefarzt ist weiterhin Vorsitzender des Prüfungsausschusses "Anästhesiologie" und Mitglied des Prüfungsausschusses "Intensivmedizin" der Sächsischen Landesärztekammer.

Der leitende Oberarzt der Schmerztherapie, Herr Dr. Funke, hat die volle Weiterbildungsbefugnis für die Palliativmedizin.

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3600) Intensivmedizin

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki, Chefarzt
Telefon:	0341 9092570
Fax:	0341 9092568
E-Mail:	armin.sablotzki@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/anaesthesiologie-intensiv-und-schmerztherapie-mit-abteilung-palliativmedizin.html

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Medizinische Leistungsangebote
1	Interdisziplinäre Versorgung von Schwerstverletzten
2	Geburtshilfliche Analgesie zur schmerzarmen Geburt
	24 Stunden Bereitschaft
3	Betreuung von Patienten mit schwerer pulmonaler Hypertonie
4	Behandlung chronifizierter Schmerzsyndrome in der stationären Schmerztherapie
5	Spezialverfahren zur Behandlung des schweren Lungenversagens
	Extrakorporale CO2- Elimination, kontinuierliche laterale Rotationstherapie
6	perkutane Dilatationstracheotomie zur Langzeitbeatmung
7	Notärztliche Versorgung im Rahmen des boden- und luftgebundenen Rettungsdienstes
8	Anästhesieverfahren für Patienten mit Latexallergie
9	Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen in der Schmerzambulanz
10	Ultraschall gestützte Regionalanästhesie der oberen und unteren Extremitäten
11	Perioperative Patientenbetreuung im Aufwachraum
12	Intensivmedizinische Betreuung von Patienten mit schwerer Hirnschädigung
13	kontinuierliche und intermittierende Nierenersatztherapie
	Citrat- Dialyse
14	Einsatz blutsparender Maßnahmen
	Eigenblut, normo- und hypervolämische Blutverdünnung, Tumorblutbestrahlung, Zellsaver
15	spezielle Anästhesieleistungen
	subarachnoidale Injektionen
16	Behandlung chronifizierter Schmerzsyndrome in der tagesstationären Schmerztherapie
17	Allgemein- und Regionalanästhesien in allen operativen Bereichen
18	Akutschmerztherapie für alle operativen Fachbereiche
	24 Stunden Bereitschaft, Akutschmerztherapien
19	Interdisziplinäre intensivmedizinische Versorgung aller operativen und konservativen Fachrichtungen
20	spezielle Anästhesieleistungen
	epidurale Injektionen in den FB Gynäkologie, Thoraxchirurgie und Allgemeinchirurgie
21	Intensivmedizinische Versorgung von Schwerstbrandverletzten

	Medizinische Leistungsangebote
22	Leitlinien gerechte Analgosedierung in der Intensivmedizin
23	Betreuung von Patienten mit schweren kardialen Begleiterkrankungen
24	Leitliniengerechte Therapie von Sepsis (Blutvergiftung) und Multiorganversagen
25	Anästhesieverfahren für Patienten mit postoperativer Übelkeit und Erbrechen (PONV)
26	Intraoperatives Neuromonitoring bei Operationen an der Halsschlagader und Wirbelsäule, bei Wachkraniotomien und bei stereotaktischen Eingriffe
27	Antibiotic stewardship in der Intensivmedizin

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Präoperative Beratung und Diagnostik - Anästhesie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Anästhesieberatung / präoperative Diagnostik
2	Spezialambulanz - Anästhesie und Schmerztherapie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Armin Sablotzki

B-[2] Abteilung für Anästhesiologie und perioperatives Management

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für Anästhesiologie und perioperatives Management
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/anaesthesiologie-intensiv-und-schmerztherapie-mit-abteilung-palliativmedizin.html

Geschäftsführender Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki
Leitender Oberarzt Anästhesie: Dr. med. Gert - Joachim Bartz

Der OP- Bereich ist nicht nur der kostenintensivste Bereich im Krankenhaus, er ist zudem auch die zentrale Schnittstelle unterschiedlichster Berufsgruppen und Leistungseinheiten. In der Abteilung für Anästhesiologie und perioperatives Management erfolgt die kurz -, mittel - und langfristige Planung, Koordination und Bereitstellung personeller, räumlicher und materieller Ressourcen zur Durchführung geplanter und notfallmäßiger Operationen.
Zum Leistungsbereich des OP-Dienstleisters zählen die Anästhesieabteilung, der Anästhesie-Funktionsdienst, der OP- Funktionsdienst, die Zentralsterilisation sowie der OP-Versorgungsdienst. Der Anästhesie - Funktionsdienst gewährleistet die Vor - und Nachbereitung sowie die Assistenz bei allen gängigen Anästhesieverfahren und - techniken. Ebenso sind die Mitarbeiterinnen des OP - Funktionsdienstes für die Vor - und Nachbereitung sowie die Assistenz bei allen in den operativen Fachbereichen gängigen OP - Verfahren verantwortlich.

Die Zentrale Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) ist für die Sicherung eines qualitativ hochwertigen und fehlerfreien Wiederaufbereitungsprozess der chirurgischen Instrumente zuständig.

Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP - Sälen.
Die Operationsabteilung gliedert sich in 6 OP-Bereiche mit insgesamt 17 OP - Sälen:

- Zentral - OP
- Zentral - OP 2
- Ambulantes OP - Zentrum
- Sectio - OP
- Urologie - OP
- Brandverletztenzentrum- OP

Zusätzlich werden auch an weiteren Standorten, z.B. der Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin, der Radiologie (MRT, CT), der Notaufnahme, dem Herzkatheterlabor und der Endoskopie-Abteilung eine größere Menge an Anästhesieleistungen erbracht.

Das Operationsspektrum umfasst die Aufgabenbereiche von 11 operativen Kliniken:

• Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
• Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
• Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
• Belegabteilung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
• Klinik für Neurochirurgie
• Klinik für Plastische und Handchirurgie mit Schwerbrandverletztenzentrum
• Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie
• Klinik für Urologie und Andrologie
• Klinik für Kinderchirurgie

Eine 24-stündige Operationsbereitschaft ist durch ein 2-Schichtsystem und 2 Bereitschaftsgruppen gewährleistet. Zusätzlich besteht für die anästhesiologische Versorgung von Früh- und Neugeborenen sowie Kleinkindern mit komplexen Erkrankungen ein spezialisierter kinderanästhesiologischer Rufdienst.
Von der Anästhesieabteilung der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv - und Schmerztherapie werden im Jahr ca. 20.000 Anästhesien durchgeführt. Gleichzeitig werden die Patienten kontinuierlich von Schwestern und Ärzten in zwei Aufwachräumen postoperativ bis zur Verlegung auf die Station betreut. In der Klinik wird das gesamte Spektrum moderner Anästhesieverfahren für Patienten aller Risikoklassen der am Klinikum vertretenen operativen und konservativen Fachdisziplinen angeboten. Im Rahmen des Akutschmerzdienstes betreuen die Schwestern und Ärzte der Klinik Patienten nach großen oder schmerzhaften Eingriffen und erarbeiten mit den Stationsärzten der behandelnden Kliniken eine individuelle schmerzlindernde Therapie.

Ein weiterer Schwerpunkt der Klinik ist der Fachbereich Neuroanästhesie und intraoperatives Neuromonitoring, der bei neurochirurgischen, gefäßchirurgischen und traumatologischen Operationen durch spezielle Verfahren des Neuromonitoring entscheidend zur Patientensicherheit und Operationsqualität beiträgt.
Weitere Besonderheiten im operativen Bereich der Klinik ist die perioperative Betreuung von Patienten mit schwerer pulmonaler Hypertonie, die Durchführung von Wach-Kraniotomien und die kardioanästhesiologische Betreuung von MitraClip-Implantationen.

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3690) Intensivmedizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten(II)

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Armin Sablotzki, Chefarzt
Telefon:	0341 9092570
Fax:	0341 9092568
E-Mail:	armin.sablotzki@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Strasse 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/anaesthesiologie-intensiv-und-schmerztherapie-mit-abteilung-palliativmedizin.html

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Es kommen indikationsgerecht alle modernen Anästhesieverfahren zum Einsatz, einschließlich ultraschallgestützter Regionalanästhesiemethoden. Dabei stehen moderne Anästhesie - Beatmungsgeräte zur Verfügung. Regionalanästhesieverfahren als single-shot-Verfahren und in Kathetertechnik werden zur perioperativen Schmerztherapie im Vorfeld ausgedehnter Operationen von der Anästhesieabteilung gelegt.

Für Patienten aller Risikoklassen mit Hochrisikoeingriffen können alle notwendigen Überwachungsmethoden und -geräte eingesetzt werden, um ein optimales Ergebnis bei Risikominimierung zu erreichen. Als Beispiel sind die invasive Kreislaufüberwachung mittels Kathetertechniken, der Einsatz blutsparender Methoden und das intraoperative Neuromonitoring zu nennen. Die von den Fachgesellschaften empfohlenen Leitlinien werden konsequent umgesetzt (Anästhesien bei Latexallergien, Behandlungen von postoperativen Übelkeit und Erbrechen etc.)

Besondere Angebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich sind:

- Planung und Betreuung von Patienten mit ambulant durchzuführenden Operationen in einem Ambulanten Operationszentrum
- 24 Stunden Bereitschaft für die geburtshilfliche Analgesie zur schmerzarmen Geburt mittels Periduralkatheteranalgesien
- Akuter 24 Stunden - Schmerzdienst für die Behandlung postoperativer Schmerzen
- Kontinuierliche Betreuung der Patienten postoperativ im Aufwachraum bis zur Verlegung auf die Station
- Spezieller kinderanästhesiologischer Rufdienst
- Anästhesiologische Betreuung interventioneller Verfahren in der Kardiologie und Radiologie

Eine Auflistung der spezifischen Leistungsangebote finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Geburtshilfliche Analgesie zur schmerzarmen Geburt
	24 Stunden Bereitschaft
2	Betreuung von Patienten mit schwerer pulmonaler Hypertonie
3	Perioperative Patientenbetreuung im Aufwachraum
4	Allgemein- und Regionalanästhesien in allen operativen Bereichen
5	Einsatz blutsparender Maßnahmen
	Eigenblut, normo- und hypervolämische Blutverdünnung, Tumorblutbestrahlung, Zellsaver
6	Notärztliche Versorgung im Rahmen des boden- und luftgebundenen Rettungsdienstes
7	Anästhesieverfahren für Patienten mit postoperativer Übelkeit und Erbrechen (PONV)
8	Ultraschall gestützte Regionalanästhesie der oberen und unteren Extremitäten
9	Akutschmerztherapie für alle operativen Fachbereiche
	24 Stunden Bereitschaft, Akutschmerztherapien
10	spezielle Anästhesieleistung
	epidurale Injektionen in den FB Gynäkologie, Thoraxchirurgie und Allgemeinchirurgie
11	Intraoperatives Neuromonitoring bei Operationen an der Halsschlagader und Wirbelsäule, bei Wachkraniotomien und bei stereotaktische Eingriffe
12	Interdisziplinäre Versorgung von Schwerstverletzten
13	Anästhesieverfahren für Patienten mit Latexallergie
14	spezielle Anästhesieleistungen
	subarachnoidale Injektionen
15	Betreuung von Patienten mit schweren kardialen Begleiterkrankungen

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	1024
2	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	647
3	8-903	(Analgo-)Sedierung	483
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	474
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	413
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	319
7	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	233
8	8-925	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring	231
9	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	131
10	8-900	Intravenöse Anästhesie	84

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Anästhesiologie
	18 Fachärzte

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	5 Fachärzte
2	Notfallmedizin
	9 Fachärzte
3	Spezielle Schmerztherapie
	3 Fachärzte
4	Ärztliches Qualitätsmanagement
	2 Fachärzte
5	Palliativmedizin
	1 Facharzt

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 45,71

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	45,71	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	45,71
		Fälle je Anzahl:	0,0

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3] Abteilung für interdisziplinäre Intensivmedizin

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für interdisziplinäre Intensivmedizin
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	http://www.sanktgeorg.de/fileadmin/epaper/Intensivmedizin/

Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki
Leitender Oberarzt: Dr. med. Michael Fuchs
Pflegedienstleitung: Frau Jeannette Kleine

Die von der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie geleitete Abteilung Intensivmedizin besitzt interdisziplinären Charakter und verfügt über 29 Betten, aufgeteilt in Zwei- bzw. Vier-Bett-Zimmern, sowie zwei Isolationszimmer.

85 % aller Patienten werden nach großen operativen Eingriffen und schweren Verletzungen versorgt. Das Spektrum umfasst aber auch Patienten mit internistischen und neurologischen Erkrankungen.
Die Ärzte der

- Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
- Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie
- Klinik für Neurochirurgie
- Klinik für Plastische und Handchirurgie mit Schwerbrandverletztenzentrum
- Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie
- Klinik für Neurologie

sind durch tägliche Visiten maßgeblich an der Therapie beteiligt.

Modernste Überwachungstechnik, invasive und nicht-invasive Beatmungstechniken wie NIV und HFNC, Nierenersatzverfahren, leitliniengerechte Kühlung und die Umsetzung der Leitlinien zur Prophylaxe und Therapie des Lungenversagens sind in der interdisziplinären Intensivstation fest etabliert. Schwerpunkte sind die intensivtherapeutische Behandlung von Patienten mit schwerer Sepsis, Polytraumatisierung und schweren Schädel-Hirn-Verletzungen bzw. intrakraniellen Blutungen.
Für gefäßchirurgische Intensivpatienten steht seit 2016 eine spezielle gefäßchirurgische Intensivbehandlungseinheit zur Verfügung. Ebenfalls 2018 hat die Abteilung erfolgreich am Peer-Review-Verfahren der Sächsischen Landesärztekammer teilgenommen.

Eine intensive Pflege und Zuwendung ist trotz Einsatz moderner Überwachungs- und Therapiegeräte und einer leitlinengerechten Analgosedierung unentbehrlich. Dafür stehen Gesundheits- und Krankenpfleger/-in zur Verfügung, welche teilweise eine Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivtherapie erfolgreich abgeschlossen haben.

Die kontinuierliche Präsenz von Fachärzten ist auf der Station rund um die Uhr gesichert; zusätzlich ist ein spezialisierter oberärztlicher Rufdienst eingerichtet.

Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.
In Zusammenarbeit mit den Ärzten der Klinik für Plastische- und Handchirurgie sind die Ärzte für die anästhesiologische und intensivtherapeutische Versorgung von schwergradig brandverletzten Patienten im Brandverletztenzentrum verantwortlich.

Die Intermediate Care verfügt über 11 Betten, aufgeteilt in 1 Zwei- bzw. 2 Vier- Bett-Zimmer. Auf der IMC werden nichtbeatmete Patienten rund um die Uhr von einem Facharzt für Anästhesiologie und von Gesundheits- und Krankenpfleger/-in versorgt.

Schwerpunkt sind Patienten, die postoperativ für 1 bis 3 Tage eine kontinuierliche bzw. intensivmedizinische Überwachung benötigen. Dafür steht eine entsprechende medizinisch-technische Ausstattung zur Verfügung.

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3600) Intensivmedizin

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki, Chefarzt
Telefon:	0341 9094053
Fax:	0341 9092581
E-Mail:	armin.sablotzki@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	http://www.sanktgeorg.de/fileadmin/epaper/Intensivmedizin/

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

Das Spektrum zur vorübergehenden Stützung lebenswichtiger Funktionen und Therapie bei schweren Krankheitsfällen wird durch die leitliniengerechte Therapie von Sepsis und Multiorganversagen, Durchführung intermittierender und kontinuierlicher Nierenersatzverfahren (Citrat-Dialyse), differenzierter invasiver und nicht-invasiver Beatmungsformen (lungenprotektive Beatmung, open-lung-Manöver, Bauchlagerung, kinetische Therapie, inhalative Vasodilatatoren) ergänzt.

Die Möglichkeiten einer erweiterten Diagnostik und Überwachung beinhalten ein differenziertes hämodynamisches Monitoring (PICCO, Pulmonaliskatheter, TEE), Neuromonitoring und die inhalative Austestung der pulmonalen Vasoreagibilität bei Patienten mit pulmonaler Hypertonie.

Eine Auflistung der spezifischen Leistungsangebote finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Betreuung von Patienten mit schwerer pulmonaler Hypertonie
2	perkutane Dilatationstracheotomie zur Langzeitbeatmung
3	Leitliniengerechte Therapie von Sepsis (Blutvergiftung) und Multiorganversagen
4	Spezialverfahren zur Behandlung des schweren Lungenversagens
	Extrakorporale CO2- Elimination, kontinuierliche laterale Rotationstherapie, High Flow Nasal Cannula
5	Einsatz blutsparender Maßnahmen

	Medizinische Leistungsangebote
	Eigenblut, normo- und hypervolämische Blutverdünnung, Tumorblutbestrahlung, Zellsaver
6	Notärztliche Versorgung im Rahmen des boden- und luftgebundenen Rettungsdienstes
7	Leitlinien gerechte Analgosedierung in der Intensivmedizin
8	Interdisziplinäre intensivmedizinische Versorgung aller operativen und konservativen Fachrichtungen
9	spezielle Schmerztherapie in der Intensivmedizin
	epidurale Injektionen in den FB Gynäkologie, Thoraxchirurgie und Allgemeinchirurgie
10	Intensivmedizinische Betreuung von Patienten mit schwerer Hirnschädigung
11	Interdisziplinäre Versorgung von Schwerstverletzten
12	Betreuung von Patienten mit schweren kardialen Begleiterkrankungen
13	kontinuierliche und intermittierende Nierenersatztherapie
	Citrat- Dialyse
14	Intensivmedizinische Versorgung von Schwerstbrandverletzten
15	Antibiotic Stewardship

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	266
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	44
2	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	23
3	I61	Intrazerebrale Blutung	21
4	I60	Subarachnoidalblutung	12
5	I63	Hirninfarkt	10
6	S72	Fraktur des Femurs	10
7	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	7
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	5
9	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	5
10	S12	Fraktur im Bereich des Halses	5

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	475
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	235
3	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	235
4	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	220
5	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	211
6	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	178
7	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	153
8	8-701	Einfache endotracheale Intubation	144
9	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	102

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
10	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	86
11	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	68
12	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	67
13	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	58
14	8-98f.21	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	50
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	46
16	5-010.2	Schädeleröffnung über die Kalotte: Bohrlochtrepanation	43
17	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	41
18	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	40
19	5-022.00	Inzision am Liquorsystem: Anlegen einer externen Drainage: Ventrikulär	40
20	1-620.0x	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Sonstige	37
21	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	36
22	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	32
23	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	27
24	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	25
25	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	24
26	8-98f.31	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte	23
27	5-010.00	Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie (Kalotte): Kalotte	22
28	8-812.61	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 6 TE bis unter 11 TE	20
29	5-312.2	Permanente Tracheostomie: Tracheotomie mit mukokutaner Anastomose	18
30	8-812.62	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 11 TE bis unter 21 TE	18

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	895
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	609
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	235
4	8-701	Einfache endotracheale Intubation	144
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	128

B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	895
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	609

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
3	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	360
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	235
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	144
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	128
7	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	110
8	8-854	Hämodialyse	106
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	79
10	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	58

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

B-[3].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Anästhesiologie
	9 Fachärzte

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	2 Fachärzte

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 64,95

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	64,95	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	64,95
		Fälle je Anzahl:	4,1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,42

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0,42	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	0,42
		Fälle je Anzahl:	633,3

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

Gesamt: 2,47

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,47	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,47
			Fälle je Anzahl:	107,7

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Bachelor

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Sturzmanagement
9	Wundmanagement

B-[4] Abteilung für Palliativmedizin

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für Palliativmedizin
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	http://www.sanktgeorg.de/fileadmin/epaper/Anaesthesiologie/Palliativmedizin_Informationen/

Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki
Leitender Oberarzt: Dr. med. Carsten Funke
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv - und Schmerztherapie ist eine Palliativstation mit derzeit 10 Betten (in Einzelzimmern) angeschlossen. Auf der Palliativstation werden Patienten mit unheilbaren Krankheiten wie z. B. Tumorpatienten behandelt.

Der Versorgungsschwerpunkt liegt in der symptomorientierten Betreuung der Patienten. Im Vordergrund steht hier die Schmerzlinderung, die Behandlung von Begleiterscheinungen, wie Schwäche, Übelkeit, Erbrechen und Verstopfung, die Mobilisierung der Patienten, die Unterstützung in der Krankheitsbewältigung einschließlich der sozialrechtlichen Beratung.

Zur Symptomlinderung werden neben den medikamentösen Therapien und intensiver pflegerischer Umsorgung auch weiterführende Verfahren, wie spezielle oder invasive Schmerztherapien, psychologische Interventionen, ergotherapeutische Behandlungsmethoden, Musiktherapie, künstliche Ernährung - jeweils auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt - eingesetzt. Im Mittelpunkt der Bemühungen steht die Steigerung der Lebensqualität im Einklang mit den Wünschen des Patienten.
Kann keine Stabilisierung mehr erreicht werden, begleiten wir unsere Patienten im Sterben. Im Vordergrund stehen die Linderung von Schmerz und Angst sowie die Betreuung trauernder Angehöriger. Gelingt eine Stabilisierung, kann der Patient wieder in seine häusliche Umgebung entlassen werden. Zur Gewährleistung der ambulanten Versorgung bieten die Sozialarbeiter in Kooperation mit vielen Partnern, z.B. Pflegediensten, Hospizen und Hospizdiensten Unterstützung und Hilfe an.
Mehrere Fachärzte*innen mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin sowie ein spezialisierter palliativmedizinischer Rufdienst garantieren die qualifizierte Behandlung rund um die Uhr.

Für Angehörige, die ihren Verwandten auch im Krankenhaus mit betreuen und versorgen oder sich für eine spätere Pflege zu Hause vorbereiten wollen, besteht die Möglichkeit zur Übernachtung in den geräumigen und modern ausgestatteten Einbettzimmern mit integrierter Nasszelle. Alle Zimmer befinden sich in einem Neubau und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. TV, Telefon). Die Station hat großzügige Aufenthaltsräume. Ein gemeinsames Stationswohnzimmer mit Terrasse lädt alle Patienten, Angehörigen und Stationsmitglieder zum Beisammensein ein.

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3752) Palliativmedizin

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki, Chefarzt
Telefon:	0341 9092565
Fax:	0341 9092563
E-Mail:	palliativ@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	http://www.sanktgeorg.de/fileadmin/epaper/Anaesthesiologie/Palliativmedizin_Informationen/

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Zur Symptomlinderung werden neben den medikamentösen Therapien und intensiver pflegerischer Umsorgung auch weiterführende Verfahren, wie spezielle oder invasive Schmerztherapien, psychologische Interventionen, ergotherapeutische Behandlungsmethoden, Musiktherapie und künstliche Ernährungskonzepte eingesetzt.

Eine Auflistung der spezifischen Leistungsangebote finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Palliativmedizin
2	Schmerztherapie

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	210
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	32
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	22
3	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	16
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	11
5	C16	Bösartige Neubildung des Magens	10
6	C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	8
7	I63	Hirninfarkt	8
8	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	6
9	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	6
10	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	5

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[4].7.1 OPS, 4-stellig

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	310
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	167
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	38

B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	310
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	167
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	38
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	20
5	8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	11
6	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	9
7	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	5

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 1,90

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	1,90

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	1,90
Fälle je Anzahl:	110,5

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 1,90

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	1,90

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	1,90
Fälle je Anzahl:	110,5

B-[4].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Anästhesiologie
	2 Fachärzte

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Notfallmedizin
	1 Facharzt
2	Palliativmedizin
	1 Fachärzte
3	Spezielle Schmerztherapie
	2 Fachärzte

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 10,78

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,78	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	10,78
			Fälle je Anzahl:	19,5

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Casemanagement
4	Bachelor
5	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Palliative Care
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[5] Abteilung für Schmerztherapie

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für Schmerztherapie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/schmerzzentrum-leipzig-schmerzen-bekaempfen.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki
Leitender Oberarzt: Dr. med. Carsten Funke
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Das Schmerzzentrum St. Georg Leipzig arbeitet eng mit Hausärzten, Fachärzten, Schmerztherapeuten und Kliniken in Leipzig und Umgebung zusammen.

Das Versorgungsangebot besteht aus drei Behandlungsbausteinen:

- Diagnostik und Therapie in der Schmerzambulanz
- vollstationäre Diagnostik und Therapie
- tagesklinische (teilstationäre) und vollstationäre Behandlung

Für die vollstationäre Behandlung verfügt die Abteilung über 1 Bettenstation mit insgesamt 6 Betten. Die Patienten sind in Ein - oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/ Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume.

Die umfassenden Behandlungsmöglichkeiten ermöglichen eine indikations- und bedarfsgerechte Versorgung der Schmerzpatienten aller Schweregrade im Sinne einer interdisziplinären multimodalen Therapie. Ambulant und vollstationär werden Patienten aller gesetzlichen und privaten Krankenkassen behandelt. Gesetzlich Versicherte benötigen eine Überweisung ihres behandelnden Arztes.

Die tagesklinische Behandlung steht allen Patienten offen. Für Versicherte der AOK Plus wurde ein Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V "Interdisziplinäre Schmerztherapie für chronische Schmerzpatienten" abgeschlossen. Die Patienten stellen sich zunächst in der Schmerzambulanz vor. Ziel der Therapie bei chronischen Schmerzen ist es gemeinsam mit dem Patienten Konzepte zu erarbeiten, die eine weitestgehend mögliche Schmerzreduktion möglich machen. Zusätzlich werden die Patienten angeleitet, ihre Schmerzen wirksam zu lindern, aktiv am Leben teilzunehmen und wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen.

Die Behandlungsschwerpunkte umfassen die verschiedenen Formen des Kopf- und Rückenschmerzes, Schmerzzustände des Bewegungsapparates, bei Tumorerkrankungen, Durchblutungsstörungen und Neuralgien. Behandlungsmethoden umfassen neben medizinischen, auch psychologische und physio- und sporttherapeutische Maßnahmen.

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3753) Schmerztherapie

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil.Armin Sablotzki, Chefarzt
Telefon:	0341 9092565
Fax:	0341 9092568
E-Mail:	schmerz@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/schmerzzentrum-leipzig-schmerzen-bekaempfen.html

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Behandlungsschwerpunkte umfassen alle auftretenden chronischen Schmerzzustände:

- Chronische Kopfschmerzen, Migräne
- Chronische Nacken- und Rückenschmerzen
- Chronische Schmerzen des Bewegungsapparates (einschl. Fibromyalgie)
- Tumorschmerzen
- Neuralgien
- Schmerzen bei Durchblutungsstörungen

Die Behandlungsmethoden erfolgen im multimodalen Konzept, in dem neben medizinischen, auch psychologische und physiotherapeutische Maßnahmen umgesetzt werden.

Medizinische Maßnahmen:

- Aufklärung über Therapiemöglichkeiten chronifizierter Schmerzen
- Pharmakotherapie
- Lokalanästhesie, Sympathikusblockaden
- Radiofrequenzstimulation
- Schmerzpumpen
- spinal cord stimulation

Psychologische Maßnahmen:

- Verhaltenstherapie (Edukation, Verändern schmerzverstärkender Einstellungen, Gefühlen und Verhaltensweisen, Genusstraining)
- Erlernen von Entspannungsverfahren (Progressive Muskelrelaxation)
- Kontaktvermittlung zu niedergelassenen Psychotherapeuten

Andere Verfahren:

- Akupunktur
- Biofeedback
- Verordnung von physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Maßnahmen

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Schmerztherapie
2	Palliativmedizin
3	Behandlung chronifizierter Schmerzsyndrome in der tagesstationären Schmerztherapie
4	Behandlung dekompensierter Schmerzsyndrome in der stationären Schmerztherapie
5	Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen in der Schmerzambulanz
6	Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie

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

Vollstationäre Fallzahl:	118
Teilstationäre Fallzahl:	112

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F45	Somatoforme Störungen	83
2	M54	Rückenschmerzen	19
3	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	< 4
4	M48	Sonstige Spondylopathien	< 4
5	B02	Zoster [Herpes zoster]	< 4
6	M47	Spondylose	< 4
7	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	< 4
8	M19	Sonstige Arthrose	< 4
9	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	< 4
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	< 4

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	110
2	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	78
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	40
4	5-04a	Perkutane Sympathikolyse mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	16
5	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	5

B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	1187
2	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	110
3	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	78
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	40
5	5-04a	Perkutane Sympathikolyse mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	16
6	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	5

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz -Schmerztherapie
	Schmerztherapie
	Spezielle Schmerztherapie: Dr. med. Carsten Funke
2	Spezialambulanz - affektive Störungen, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten
	Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. B. Bosse

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt:	0,98	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,98	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,98
			Fälle je Anzahl:	120,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt:	0,98			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,98	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,98
			Fälle je Anzahl:	120,4

B-[5].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Anästhesiologie
	1 Facharzt

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Spezielle Schmerztherapie
	1 Facharzt
2	Palliativmedizin
	1 Facharzt
3	Notfallmedizin
	1 Facharzt

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	0,97			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,97	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,97
			Fälle je Anzahl:	121,6

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Sturzmanagement
9	Wundmanagement

B-[6] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/allgemein-viszeral-und-onkologische-chirurgie.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Arved Weimann
Leitender Oberarzt: Dr. med. Thanh-Phuong Nguyen
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie bietet das gesamte Spektrum an. Besondere Schwerpunkte sind die große viszerale Tumorchirurgie, vor allem des Kolons, des Rektums, des Magens, der Leber, des Ösophagus und des Pankreas sowie die minimal-invasive Chirurgie. Die endokrine Chirurgie wird als Fachbereich seit 2012 durch OA Dr. Mario Braunert geleitet.

Spezifisch sind die Schwerpunkte in der perioperativen Medizin mit chirurgischer Intensivmedizin und die Abteilung für Ernährungsmedizin.

Die Klinik verfügt über 2 Bettenstationen mit insgesamt 27 Betten. Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume. Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP-Sälen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt definierten Behandlungspfaden. Schnelle Diagnostik und operative Therapie werden gewährleistet. Ziel ist die rasche Rekonvaleszenz und Rehabilitation (ERAS) der Patienten durch frühzeitige Mobilisierung und Kostaufbau.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Ein wichtiges Angebot ist die viszeralchirurgische KV-Konsiliarsprechstunde des Chefarztes, die auch ernährungsmedizinische Fragen (perioperativ, Adipositas) einschließt. Weitere Sprechstunden werden für Endokrine Chirurgie und für Proktologie - gemeinsam mit der Klinik für Gastroenterologie - angeboten.

Die Beteiligung am ambulanten Operationszentrum des Klinikums ist selbstverständlicher Bestandteil der operativen Tätigkeit der Klinik.

Das im Jahr 2000 gegründete interdisziplinäre Behandlungszentrum für Onkologie zielt auf die Behandlung von bösartigen Tumoren nach internationalen Standards und Leitlinien. Hier wurde auf dem interdisziplinären Weg zu einem Onkologischen Zentrum 2014 die Zertifizierung als Darmkrebszentrum durch OnkoZert und 2018 die Zertifizierung als Viszeralonkologisches Zentrum mit dem ergänzenden Modul Magen erreicht.

Auch aufwändige Operationsverfahren wie die Zytoreduktion mit intraoperativer hyperthermer Chemotherapie (HIPEC) werden angeboten. Mit dem Ziel einer Verbesserung und Standardisierung der

Behandlung auch gutartiger Darmerkrankungen (einschließlich der Proktologie), erfolgte bereits 2006 mit den Krankenhäusern Delitzsch - Eilenburg, den Muldentalkliniken (mit den Standorten Grimma und Wurzen), Oschatz und Torgau die Gründung des Kooperativen Darmzentrums Nord-West-Sachsen. Seit Jahren besteht eine gemeinsame proktologische Sprechstunde mit den Gastroenterologen, die auch die Behandlung der analen Inkontinenz einbezieht.

Weiter ausgebaut wurde in enger Abstimmung mit der anästhesiologisch geführten Intensivstation die interdisziplinäre chirurgische Intensivmedizin in einer Intermediate Care Station mit besonderem Schwerpunkt in der perioperativen Behandlung geriatrischer Patienten nach großen Operationen. Hier hat auch das ERAS "Fast Track" - Konzept Eingang gefunden.

Zusätzlich ist die Klinik Kompetenzzentrum für Chirurgische Sonographie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. So ist der Ultraschall integraler Bestandteil in der präoperativen Diagnostik und des perioperativen (einschließlich) intraoperativen Managements.

Seit 40 Jahren besteht mit weit überregionaler Ausstrahlung die Abteilung für klinische Ernährung mit dem zweitältesten Ernährungsteam in Deutschland. Während zur Zeit der Gründung die perioperative Ernährungstherapie chirurgischer Patienten und die Behandlung mangelernährter Patienten des Klinikums im Vordergrund standen, hat in den letzten Jahren auch die Therapie der morbiden Adipositas große Bedeutung erhalten. Hier wurde mit Unterstützung der Krankenkassen in einem regionalen Adipositaszentrum ein multimodales Komplexprogramm in interdisziplinärer Kooperation mit Innerer Medizin, Psychiatrie und Psychologie sowie Plastischer Chirurgie aufgebaut. Nach Ausschöpfung des konservativen Programms werden individuell chirurgische Verfahren angeboten und durchgeführt.
Aktuelle perioperative Konzepte zielen auf die Konditionierung von Hochrisikopatienten durch multimodale Prähabilitation.

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0600) Endokrinologie
2	(3618) Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3	(3757) Visceralchirurgie
4	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	**PD Dr. med. habil. Boris Jansen-Winkeln, Chefarzt**
Telefon:	0341 9092201
Fax:	0341 9092200
E-Mail:	allgemein-visceralchirurgie@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/allgemein-viszeral-und-onkologische-chirurgie.html

Name/Funktion:	**Prof. Dr. med. habil. Arved Weimann MA, Chefarzt**
Telefon:	0341 9092201
Fax:	0341 9092234
E-Mail:	allgemein-visceralchirurgie@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/allgemein-viszeral-und-onkologische-chirurgie.html

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Viszeralmedizin befindet sich auf einer gemeinsamen Station mit der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie. Es wird das gesamte Spektrum der Viszeralchirurgie angeboten, insbesondere die große viszerale Tumorchirurgie. Der Schwerpunkt liegt hier vor allem in der Chirurgie des Kolons, des Rektums sowie des Magens, der Leber, des Ösophagus und des Pankreas.

Ein besonderer Versorgungsschwerpunkt ist die endokrine Chirurgie. Hier werden Erkrankungen von Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Nebenniere behandelt. Dabei sind die Fachärzte spezialisiert auf minimal-invasive endoskopische Operationen. Die Schilddrüsenresektion erfordert stets eine subtile Wertung der Befunde und eine entsprechend abgestimmte Therapieplanung. Insbesondere bei Tumorverdacht muss die Behandlung individuell gestaltet werden. Bei isolierten Befunden an der Schilddrüse können 10-20% der Fälle minimal-invasiv, offene Eingriffe mit Schnitten kleiner 3 cm geplant werden. Operationen an den Nebennieren können in 70-80% in Schlüssellochtechnik, d. h. laparoskopisch durchgeführt werden.

Ziel eines endokrinen Schwerpunktes ist es auch, komplexere Erkrankungsbilder (mit Beteiligung mehrerer Organe) in Einzelfällen mit genetischen Ursachen zu erkennen und einer adaptierten familiären Abklärung und Behandlung zuzuführen. Ganz wesentlich ist eine multidisziplinäre Zusammenarbeit mit weiteren Fachbereichen, wie z. B. der Nuklearmedizin, der Inneren Medizin, der Pädiatrie und anderen klinisch und wissenschaftlich arbeitenden Spezialdisziplinen.

Seit Jahrzehnten hat die Klinik mit der 1981 gegründeten Abteilung Klinische Ernährung als weiteren Schwerpunkt die Ernährungsmedizin. Hier liegt der chirurgische Fokus traditionell in der Erkennung von ernährungsmedizinischen Risikopatienten vor großen Tumoroperationen, der präoperativen Konditionierung sowie der postoperativen und auch poststationären Nachbetreuung nach großen Eingriffen am Gastrointestinaltrakt. Ferner erfolgen im interdisziplinären Adipositaszentrum die Mitwirkung an einem multimodalen Therapieprogramm und die Durchführung der bariatrischen Eingriffe nach Ausschöpfung aller konservativen Optionen.

Besondere Kompetenzen der Klinik bestehen in:

- Laparoskopische Kolonchirurgie einschließlich Transanaler Endoskopischer Mikrochirurgie (TEM),
- Zytoreduktion und Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC),
- Staplerhämorrhoidopexie nach LONGO I, STARR - Operation (Stapled Transanal Rectal Resection) zur Behandlung des Obstruktions - Defäkations-Syndroms (ODS) bei Rektocelen nach LONGO II,
- Sakrale Nervenstimulation (SNS),
- Viszeralmedizinische Funktionsdiagnostik mit Ösophagus- und Analsphinktermanometrie, pH-Metrie.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	Hernienchirurgie, Gallenblase, Leber, Appendix, Colon; Behandlung der krankhaften Adipositas
2	Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	Spezialsprechstunde
	KV- Sprechstunde für Allgemein- u. Viszeralchirurgie, Endokrine Chirurgie; Proktologie, Behandlung der krankhaften Adipositas, Ernährungsmedizin
4	Chirurgische Intensivmedizin
5	Notfallmedizin
6	Endokrine Chirurgie
	Operationen an Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Leber
7	Magen-Darm-Chirurgie
	neben Standardeingriffen: Therapie von krankhafter Adipositas, proktologische Eingriffe (Eingriffe am Enddarm, z.B. Hämorrhoiden, Analprolaps u. Inkontinenz)
8	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	endoskopische oder konventionelle Operationen wegen gut- u. bösartiger Erkrankungen
9	Tumorchirurgie
	onkologische Chirurgie des Magen- Darm- Traktes, der Speiseröhre, der Leber, des Gallensystems und der Bauchspeicheldrüse
10	Adipositaschirurgie
11	Portimplantation
12	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
16	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1203
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	163
2	K35	Akute Appendizitis	97
3	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	94
4	K40	Hernia inguinalis	89
5	K57	Divertikulose des Darmes	79
6	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	44
7	K43	Hernia ventralis	42

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8	L05	Pilonidalzyste	40
9	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	38
10	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	37

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-469	Andere Operationen am Darm	215
2	5-511	Cholezystektomie	185
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	172
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	146
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	126
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	125

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Allgemein- und Viszeralchirurgie
	Adipositaschirurgie
	Magen-Darm-Chirurgie
	Ambulanz für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Adipositastherapie; Beratung und Untersuchung von Tumorpatienten und mangelernährten Patienten: Prof. Dr. med. Arved Weimann
2	Spezialambulanz -Allgemein- und Viszeralchirurgie, Adipositastherapie, Ernährungsmedizin
	Magen-Darm-Chirurgie
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Arved Weimann
3	Präoperative Beratung und Diagnostik - Allgemein- und Viszeralchirurgie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Vor- und nachstationäre Sprechstunde für allgemein- und viszeralchirurgische sowie endokrine chirurgische Fragestellungen
4	Chirurgische Sprechstunde
	allgemeinchirurgische Ambulanz
	Dr. med. Stefanie Hanschke
5	Chirurgische Sprechstunde
	allgemeinchirurgische Ambulanz
	Dr. med. Anne Bley
6	Chirurgische Sprechstunde
	allgemeinchirurgische Ambulanz
	Dr. med. Schmoz

B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	38
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	13
3	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	8
4	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
5	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
6	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
7	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
8	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt:	12,45	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	12,45	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	12,45	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt:	8,53			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,53	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	8,53	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[6].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Allgemeinchirurgie
	7 Fachärzte
2	Viszeralchirurgie
	6 Fachärzte
3	Innere Medizin
	1 Facharzt

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	1 Facharzt
2	Proktologie
	1 Facharzt
3	Notfallmedizin
	2 Fachärzte

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 23,24

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	23,24	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	23,24
			Fälle je Anzahl:	51,8

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,42

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,42	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,42
			Fälle je Anzahl:	2864,3

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

Gesamt: 0,25

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,25	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,25
			Fälle je Anzahl:	4812,0

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Pflege in der Onkologie

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement

	Zusatzqualifikationen
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[7] Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/unfallchirurgie-orthopaedie-und-spezialisierte-septische-chirurgie.html

Chefarzt: PD Dr. med. habil. Jörg Böhme
Leitender Oberarzt: Dr. med. Phillip Esser
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Die Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie ist durch die Gesellschaft für Unfallchirurgie als überregionales Traumazentrum seit dem Jahr 2009 zertifiziert und bietet das gesamte Spektrum der Unfallchirurgie und Orthopädie an. In der Klinik werden Patienten nach Arbeits-, Verkehrs-, Sport und sonstigen Unfällen aber auch Patienten mit chronischen und degenerativen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems behandelt. Die Wiederherstellung bei Spät- und Folgezuständen nach Verletzungen vervollständigt das Behandlungsprogramm.

Modernste Verfahren zur operativen und minimalivasiven Versorgung von Wirbelsäulenverletzungen sind ein wichtiger Versorgungsschwerpunkt. Es wird ein umfangreiches Spektrum moderner Operationsverfahren angeboten. Auf dem Gebiet der operativen Orthopädie wird neben arthroskopischen/minimalinvasiven Verfahren für alle Gelenke auch das komplette Spektrum der Endoprothetik standardmäßig durchgeführt.

Die Klinik verfügt über 3 Bettenstationen mit insgesamt 71 Betten. Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem Neubau und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Aufenthaltsräume sind auf den Stationen ebenfalls vorhanden.

Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP-Sälen in unmittelbarer Nähe zu den Bettenstationen. Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und zeitnahe operative Therapie wird angestrebt. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. auch durch physiotherapeutische Angebote erreicht.
Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Wichtige Angebote sind die Osteosynthese- und Wirbelsäulensprechstunde, die Fuß-Sprechstunde und die Gelenk-Sprechstunde.
Eine komplexe und interdisziplinäre Therapie und Versorgung von frischen Verletzungen und Verletzungsfolgen wird durch die Integration der Klinik in das Traumzentrum erreicht. Hier wird mit der Klinik für Neurochirurgie und der Klinik für Plastische Chirurgie eng kooperiert.

Die interdisziplinäre Ausbildung der Ärzte und die Abstimmung der Behandlungskonzepte mit den chirurgischen und intensivmedizinischen Abteilungen sind Hauptziele der Mitarbeit im Zentrum für operative Medizin des Klinikums. Die bestmögliche Versorgung von Schwerstverletzten in Kooperation mit Partnerkliniken und unter standardisierten Qualitätsmaßstäben ist somit garantiert.

Die Klinik ist im Besonderen auch zur Behandlung von Arbeitsunfällen und deren Folgezuständen von den Berufsgenossenschaften befugt (Verletzungsartenverfahren).

Die Klinik beteiligt sich an zahlreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Insbesondere mit den Ergebnissen der gesetzlich verpflichtenden Qualitätsmessung wird sich in der Klinik intensiv auseinandergesetzt. Ein ständiger Verbesserungsprozess ist die Folge. Der Gesetzgeber hat für endoprothetische Operationen des Knies Mindestmengen vorgeschrieben, um Qualität durch ein Höchstmaß an Erfahrung zu garantieren. Diese Mindestmengen werden durch die Klinik in vollem Umfang erfüllt.
Neben der täglichen klinischen Arbeit ist die wissenschaftliche Tätigkeit von großer Bedeutung. Regelmäßig stattfindende unfallchirurgische Symposien, teilweise auch mit Workshops und Operationskursen, bieten nicht nur den eigenen Mitarbeitern, sondern im Besonderen auch den in der Region tätigen Ärzten die Möglichkeit der wissenschaftlichen Fortbildung.

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2315) Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2	(1600) Unfallchirurgie
3	(2300) Orthopädie

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. med. habil. Jörg Böhme, Chefarzt
Telefon:	0341 9093424
Fax:	0341 9093474
E-Mail:	traumazentrum@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/unfallchirurgie-orthopaedie-und-spezialisierte-septische-chirurgie.html

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Versorgung von Patienten mit frischen Verletzungen aller Schweregrade nach Unfällen (einschließlich polytraumatisierter Patienten) ist ein wichtiges Arbeitsgebiet der Klinik. Aktuelle Operationsverfahren und Implantatsysteme werden dafür eingesetzt. Beispielhaft wurden

- anatomisch vorgeformte Plattensysteme zur Versorgung von Klavikulafrakturen,
- Cerclagensysteme zur Versorgung komplizierter Frakturen und
- winkelstabile Plattensysteme zur sicheren Fixation von Kalkaneusfrakturen

erstmals verwendet.

Die Wirbelsäulenchirurgie ist eine tragende Säule der Klinik. Sie beinhaltet sämtliche Operationen im Bereich der Wirbelsäule, einschließlich dorsale und ventrale Stabilisierungen, Wirbelkörperersatztechniken und minimalinvasive Verfahren. Im Jahr 2010 wurde u.a. ein neues minimalinvasives dorsales Operationsverfahren (Osseofix) eingeführt. Im Kyphoplastie-Operationsverfahren sind weitere Fachärzte qualifiziert wurden.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Metall-/Fremdkörperentfernungen
2	Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
4	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
5	Septische Knochenchirurgie
6	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
18	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
19	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	Schlüssellochchirurgie an Gelenken und Wirbelsäule
20	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
21	Wirbelsäulenchirurgie
22	Arthroskopische Operationen
23	Chirurgische Intensivmedizin
24	Notfallmedizin
25	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
	Verschleißerkrankungen der Gelenke als Therapieoption Gelenkspiegelung. Gegebenenfalls Gelenkersatz.
26	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
27	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
28	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
	Behandlung von Erkrankungen der Wirbel und Wirbelgelenke
29	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
30	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
31	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	Behandlung der Sehnen und deren Gleitlager
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
33	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
	Behandlung von Knochen- und Knorpelveränderungen
34	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
35	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
36	Endoprothetik
37	Fußchirurgie
38	Handchirurgie
39	Rheumachirurgie
40	Sportmedizin/Sporttraumatologie
41	Traumatologie

	Medizinische Leistungsangebote
42	Spezialsprechstunde
	Spezielle Sprechstunde für: Fuß, Gelenke, Wirbelsäule, Unfallfolgen

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1547
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	235
2	S06	Intrakranielle Verletzung	214
3	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	162
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	146
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	144
6	S52	Fraktur des Unterarmes	141
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	73
8	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	40
9	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	32
10	S12	Fraktur im Bereich des Halses	30

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	525
2	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	326
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	237
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	206
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	128

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-Arzt Ambulanz
	Alle Diagnostik- und Therapieverfahren der Wiederherstellungs- und Unfallchirurgie sowie Orthopädie
	Behandlung von Arbeitsunfallverletzten und Berufserkrankungen - Dr. med. Jörg Böhme
2	Präoperative Beratung und Diagnostik - Unfallchirurgie und Orthopädie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Traumatologische und orthopädische Fragestellungen

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	18
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt:	22,31	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	22,31	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	22,31
			Fälle je Anzahl:	69,3

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt:	11,53			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	11,53	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	11,53
			Fälle je Anzahl:	134,2

B-[7].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Allgemeinchirurgie
	6 Fachärzte
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
	5 Fachärzte

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Spezielle Unfallchirurgie
	7 Fachärzte

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 29,05

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	29,05	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	29,05
			Fälle je Anzahl:	53,3

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,17

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,17	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,17
			Fälle je Anzahl:	9100,0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,92

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,92	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,92
			Fälle je Anzahl:	1681,5

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,29

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,29	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,29
			Fälle je Anzahl:	5334,5

B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[8] Abteilung für Orthopädie

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für Orthopädie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/unfallchirurgie-orthopaedie-und-spezialisierte-septische-chirurgie.html

Chefarzt: PD Dr. med. habil. Jörg Böhme
Leitender Oberarzt: Christoph Müller
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

In der Abteilung Orthopädie der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie im Klinikum St. Georg gGmbH werden nahezu alle degenerativen und posttraumatischen Zustände des Stütz- und Bewegungsapparats behandelt.

Hierunter werden zum einen chronische Abnutzungserscheinungen im Bereich der Gelenke und zum anderen Folgen von Brüchen, Zerrungen oder Verrenkungen gezählt. Hierbei kommen modernste Techniken zum Einsatz. Gelenkerhaltende offene und arthroskopische Verfahren (Schlüssellochtechnik), Umstellungsoperationen bei Achsfehlstellungen und der endoprothetische Ersatz der Gelenke spielen hierbei eine zentrale Rolle.

Alle Patienten werden im Rahmen unserer einmal wöchentlich stattfindenden Gelenk- und Endoprothetik-Sprechstunde präoperativ gesehen und klinisch und radiologisch untersucht. Nachdem alle Behandlungsalternativen gemeinsam erörtert worden sind, wird die Indikation zur entsprechenden konservativen oder operativen Behandlung gestellt.

Die Behandlungspfade erfüllen dabei höchste qualitative Standards, die im Rahmen der Zertifizierung zum EndoProthetikZentrum von einem unabhängigen Auditorenteam überprüft und anerkannt worden.

Eine intensive postoperative Physiotherapie und Rehabilitationsmaßnahmen sind wichtige Bestandteile unseres Behandlungskonzeptes und ermöglichen einen nahtlosen Übergang zur weiteren ambulanten Behandlung bis zur vollständigen Genesung.

Die Mitarbeiter der Abteilung beteiligen sich regelmäßig aktiv an internen und externen Weiterbildungsveranstaltungen und Fachkongressen, so dass eine kontinuierliche Behandlung auf dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist.

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2300) Orthopädie

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Christoph Müller, Oberarzt
Telefon:	0341 909 3424
Fax:	0341 909 3474
E-Mail:	christoph.mueller@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/unfallchirurgie-orthopaedie-und-spezialisierte-septische-chirurgie.html

B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Folgende operative Behandlungen werden angeboten:

Schultergelenk:
- Arthroskopie des Schultergelenks (Impingement, subacromiale Dekompression etc.)
- Arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette
- Tendinitis calcarea (Entfernung des Kalkdepots)
- Schultersteife (Arthrolyse der "frozen shoulder")
- Schulterstabilisierung (SLAP-Repair, Bankart-Repair, ACG-Rekonstruktion etc.)
- primäre und sekundäre Endoprothetik

Ellenbogengelenk:
- Arthroskopie des Ellenbogengelenks (aseptische Knochennekrosen, Synovektomie, Entfernung freier Gelenkkörper, Rheumatoide Arthritis, posttraumatische Arthrose, Arthrolyse, Knorpeltherapie)
- primäre und sekundäre (z.B. posttraumatisch, Rheuma etc.) Endoprothetik
- Tennisellenbogen

Hüftgelenk:
- Arthroskopie der Hüfte (z.B. bei Impingement), auch bei liegender Hüftendoprothese
- Endoprothesen bei primärer und sekundärer Koxarthrose (u. A. Hüftdysplasie oder posttraumatische Koxarthrose)
- minimalinvasive Technik bei entsprechender Indikationsstellung
- Wechseloperationen bei Verschleiß, Lockerung, Implantatdislokation, aber auch Infektsituation
- Frakturendoprothetik

Kniegelenk:
- arthroskopische Meniskuschirurgie
- vordere und hintere Kreuzbandersatzplastik
- Knorpelchirurgie (Mikrofrakturierung, AMIC-Technik)
- Medialisierungsoperation bei habitueller oder posttraumatisch rezidivierender Patellaluxation, MPFL- Plastik, Transposition tuberositas tibiae
- arthroskopische und arthroskopisch assistierte Frakturversorgung
- Umstellungsoperation bei Achsfehlstellung (O-Bein, X-Bein)
- Endoprothetik bei primärer und sekundärer (z.B. posttraumatischer) Gonarthrose
- bi- und monokondylärer Oberflächenersatz, bei höhergradiger Instabilität auch stabilisierende

Systeme
- Wechseloperationen bei Verschleiß, Lockerung, Implantatdislokation, aber auch Infektsituation
- Frakturendoprothetik

Sprunggelenk:
- Arthroskopie des Sprunggelenks (aseptische Knochennekrosen, Synovektomie,
- Entfernung freier Gelenkkörper, Rheumatoide Arthritis, posttraumatische Arthrose)
- Impingementsyndrome / Meniskoidsyndrome / Arthrolyse
- Bandplastiken bei chronischer Instabilität
- arthroskopisch assistierte Frakturversorgung
- posttraumatische Deformitäten
- Sprunggelenkendoprothesen
- Arthrodesen

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Metall-/Fremdkörperentfernungen
2	Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
4	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
5	Septische Knochenchirurgie
6	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
18	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	Schlüssellochchirurgie an Gelenken und Wirbelsäule
19	Amputationschirurgie
20	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
21	Wirbelsäulenchirurgie
22	Arthroskopische Operationen
23	Verbrennungschirurgie
24	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
	Verschleißerkrankungen der Gelenke als Therapieoption Gelenkspiegelung. Gegebenenfalls Gelenkersatz.
25	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
26	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
27	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
28	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
29	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln

	Medizinische Leistungsangebote
30	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	Behandlung der Sehnen und deren Gleitlager
31	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
32	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
	Behandlung von Knochen- und Knorpelveränderungen
33	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
34	Kinderorthopädie
35	Endoprothetik
36	Fußchirurgie
37	Handchirurgie
38	Rheumachirurgie
39	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
40	Sportmedizin/Sporttraumatologie
41	Traumatologie
42	Spezialsprechstunde
	Spezialsprechstunde für: Endoprothetik, Gelenkchirugie, Arthroskopie und Sportorthopädie

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	237
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	50
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	40
3	M75	Schulterläsionen	28
4	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	26
5	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	19
6	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	13
7	S72	Fraktur des Femurs	12
8	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	11
9	M19	Sonstige Arthrose	5
10	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	5

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[8].7.1 OPS, 4-stellig

B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	209
2	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	166
3	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	94
4	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	92
5	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	87
6	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	72
7	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	52
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	32

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	4
2	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

B-[8].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie
	2 Fachärzte

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Spezielle Orthopädische Chirurgie
	1 Facharzt

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Praxisanleitung
2	Casemanagement

B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[9] Abteilung für Spezialisierte Septische Chirurgie

B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für Spezialisierte Septische Chirurgie
Straße:	Delitzscher Str.
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/unfallchirurgie-orthopaedie-und-spezialisierte-septische-chirurgie.html

Chefarzt: PD Dr. med. habil. Jörg Böhme
Abteilungsleiter: Dr. med. Sebastian Schneider
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Infektionen der Knochen, Gelenke und der sie umgebenden Weichteile gehören zu den schwersten Komplikationen und Erkrankungen in der Traumatologie und Orthopädie. Ihre Behandlung ist schwierig, langwierig und höchst anspruchsvoll. Trotz unbestrittener Fortschritte in Diagnostik und Therapie sind für ihre Behandlung und damit für den Extremitätenerhalt erfahrene Spezialisten erforderlich.

Die daraus resultierende hochkomplexe Therapie macht die Konzentration der Behandlung derartiger Erkrankungen in spezialisierten Zentren zwingend notwendig, sowohl aus medizinischer, als auch aus sozialökonomischer Sicht.

Ein multiprofessionelles, hochspezialisiertes Behandlungsteam aus Septischen Chirurgen, Plastischen Chirurgen und Infektiologen stellt sich sowohl in der Diagnostik, als auch in der Behandlung mit hohem Engagement und höchster Genauigkeit und Präzision dieser Herausforderung. Hervorragende - in Deutschland einmalige - Bedingungen mit eigenem septischen OP-Saal, speziellen Patientenzimmern mit Schleusensystem und hochmodernen innovativen Verfahren wurden eigens für diesen Zweck geschaffen.

Dies führt zu einer Minimierung der Therapiedauer bei gleichzeitiger Optimierung der Behandlungsqualität. Durch das Vorhalten einer speziellen Ambulanz können die Therapieergebnisse langfristig gesichert und Akutkranke der Therapie zugeführt werden.

Organisatorisch ist die Abteilung Spezialisierte Septische Chirurgie im Traumazentrum des Klinikums St. Georg eingebunden.

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2390) Orthopädie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (II)

B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. med. habil. Jörg Böhme, Chefarzt
Telefon:	0341 9093424
Fax:	0341 9093474
E-Mail:	j.boehme@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Str. 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/unfallchirurgie-orthopaedie-und-spezialisierte-septische-chirurgie.html

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Als spezialisierte Einrichtung befasst sich die Klinik ausschließlich mit der stationären und ambulanten Behandlung sowie Rehabilitation aller Facetten von Knochen-, Gelenk- und Endoprotheseninfektionen entsprechend den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft für Septische Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zur Anerkennung als Zentrum für Septische Chirurgie. Dies umfasst im Einzelnen die Behandlung von:

- Posttraumatische Infektionen
- Weichteilinfektionen
- Akute und chronische Gelenkinfektionen
- Akute und chronische Knocheninfektionen
- Osteomyelitisbehandlung
- Infizierte Prothesen
- Revisionsendoprothetik und Arthrodesen
- Extremitätenrekonstruktion
- Korrektur von posttraumatischen / postoperativen Fehlstellungen
- Multiresistente Keime

Eine Auflistung der spezifischen Leistungsangebote finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Endoprothetik
	Infektionen
2	Metall-/Fremdkörperentfernungen
	Infektionen
3	Fußchirurgie
	Infektionen
4	Handchirurgie
	Infektionen
5	Bandrekonstruktionen/Plastiken
	Infektionen
6	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik

	Medizinische Leistungsangebote
	Infektionen
7	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	Infektionen
8	Septische Knochenchirurgie
	Infektionen
9	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
	Infektionen
10	Amputationschirurgie
	Infektionen
11	Wirbelsäulenchirurgie
	Infektionen
12	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	Infektionen
13	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
14	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
	Infektionen der Wirbelsäule, Spondylodiszitis
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
	Infektionen
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	Infektionen
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
	Infektionen
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
	Infektionen
19	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
20	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
21	Diagnostik und Therapie von Allergien
22	Notfallmedizin
23	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
24	Wundheilungsstörungen
25	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
26	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
27	Schmerztherapie
28	Spezialsprechstunde
	Spezialsprechstunde Septische Chirurgie
29	Spezialsprechstunde
	Berufsgenossenschaftliche Spezialsprechstunde
30	Chirurgische Intensivmedizin
31	Spezialsprechstunde
	Spezialsprechstunde Septische Chirurgie
32	Septische Chirurgie
33	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
34	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
35	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
36	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
37	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten

	Medizinische Leistungsangebote
38	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
39	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
40	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
41	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
42	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
43	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
45	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
46	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
47	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
48	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
49	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
50	Diagnostik und Therapie von Allergien
51	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
52	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
53	Spezialsprechstunde
54	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
55	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
56	Physikalische Therapie
57	Schmerztherapie
58	Transfusionsmedizin
59	Verbrennungschirurgie
	Infektionen
60	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
61	Stammzelltransplantation
62	Sportmedizin/Sporttraumatologie
63	Arthroskopische Operationen
	Infektionen
64	Infektionen
65	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
	Infektionen
66	Traumatologie
	Infektionen

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	188
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	64
2	M86	Osteomyelitis	33
3	M00	Eitrige Arthritis	19
4	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	11
5	S72	Fraktur des Femurs	7
6	L03	Phlegmone	5

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	4
8	M60	Myositis	4
9	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	< 4
10	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	352
2	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	280
3	5-916	Temporäre Weichteildeckung	154
4	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	116
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	113
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	77
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	65
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	54

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz -Septische Chirurgie
	Septische Knochenchirurgie
	Mit- und Weiterbehandlung auf dem Gebiet der septischen und rekonstruktiven Chirurgie: Dr. med. Sebastian Schneider
2	Präoperative Beratung und Diagnostik - Septische Chirurgie
	Septische Knochenchirurgie
	Beratung und Kontrolle auf dem Gebiet der septischen und rekonstruktiven Chirurgie

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt:	1,22	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,22	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,22
			Fälle je Anzahl:	154,1

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 0,50

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,50
			Fälle je Anzahl:	376,0

B-[9].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie
	1 Facharzt

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Spezielle Unfallchirurgie
	1 Facharzt

B-[9].11.2 Pflegepersonal

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Bachelor
5	Casemanagement

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[10] Klinik für Neurochirurgie

B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Neurochirurgie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/neurochirurgie.html

Chefarzt: Dr. med. Oliver Sorge
Leitender Oberarzt: Dr. med. Lars Rödel
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Die Klinik für Neurochirurgie besteht seit dem 01.01.1997.

Bis auf die funktionelle Neurochirurgie werden alle neurochirurgischen Behandlungen durchgeführt. Insbesondere erfolgen Operationen am wachen Patienten bei Tumoren im Sprach- und Bewegungszentrum. Wir verwenden das intraoperative multimodale Neuromonitoring, um die Sicherheit der Operation zu steigern. Ebenso kommen intraoperative Fluoreszenzverfahren, das Operations-Mikroskop, die Neuroendoskopie, das Navigationssystem sowie der intraoperative Ultraschallaspirator zur Anwendung. Es besteht die Möglichkeit einer intraoperativen Bestrahlung bei bestimmten Hirntumoren. Die Klinik beteiligt sich an überregionalen Studien. Komplexe rekonstruktive Eingriffe an der Wirbelsäule werden im interdisziplinären Herangehen gelöst.

Die Klinik ist eine der Säulen des überregionalen Traumazentrums. Im Jahr 2020 wurde das Neurozentrum gegründet, in welchem die strategische Ausrichtung der Neurodisziplinen innerhalb und außerhalb des Klinikums vertreten wird. Die Klinik arbeitet aktiv im Onkologischen Zentrum mit. Die Strukturen für ein neuroonkologisches Zentrum wurden 2020 etabliert. Die interdisziplinäre Arbeit ist eine der Stärken der Klinik für Neurochirurgie, was sich in den regelmäßigen Kooperationen mit der Kinderchirurgie, der Neuroradiologie, der HNO, der Neuropathologie, der Radioonkologie, der Onkologie, der Neurologie, der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie sowie der Klinik für Anästhesie-, Intensiv- und Schmerztherapie widerspiegelt. Darüber hinaus erfolgten fachärztliche Behandlungen in der ZNA sowie ca. 500 interdisziplinäre Konsile innerhalb des Klinikums.
Mit den umliegenden Krankenhäusern, Arztpraxen und MVZs besteht eine enge Kooperation in Bezug auf die Behandlung von akuten und elektiven neurochirurgischen Krankheitsbildern.

Die Patienten werden in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich im Haus 20 und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (Dusche, TV, WLAN, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsbereiche. Weiterhin wurden 316 Patienten mit komplexen neurochirurgischen Diagnosen auf der interdisziplinären Intensiv- und IMC-Station behandelt. Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP-Sälen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert ausgerichtet und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und zeitnahe operative Therapie werden gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u. a. durch physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlung erreicht.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung auch ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten

Behandlung an. Wichtige Angebote sind die Spezial- und die chefärztliche allgemeine Sprechstunde (auf der Basis einer Ermächtigung) zur Indikationsstellung einer neurochirurgischen Therapie auf Überweisung von Fachärzten für Orthopädie, Neurochirurgie, Neurologie und Psychiatrie, HNO, MKG, Physikalische Medizin, Hämatoonkologie und Chirurgie. Besonders zu erwähnen sind die regelmäßigen gemeinsamen neurochirugisch-strahlentherapeutischen Dispensairesprechstunden sowie die zerebrovaskuläre Sprechstunde gemeinsam mit der Neuroradiologie.

Eine ambulante Behandlung erfolgt über die Notaufnahme und in den Untersuchungsräumen des ermächtigten Chefarztes.

Die Klinik für Neurochirurgie ist integriert in das Zentrum für Operative Medizin. Hier werden interdisziplinäre Fälle und strategische Fragestellungen besprochen.

Eine weitere interdisziplinäre Fallkonferenz der Neuro-Disziplinen findet unter Federführung der Klinik für Neurochirurgie wöchentlich statt. Diese Fallkonferenz ist als wissenschaftliche Fortbildung der SLAEK zertifiziert und wird mit je einem Fortbildungspunkt abgebildet. Im Rahmen dieser Konferenzen werden Kasuistiken diskutiert, und es können auch von extern Patienten vorgestellt werden.

Die Klinik leitet das interdisziplinäre neuroonkologische Zentrum und ist fester Bestandteil des onkologischen Zentrums des Klinikums. Einmal wöchentlich findet das interdisziplinäre neuroonkologische Tumorboard statt.

Gemeinsam mit der Klinik für HNO leitet die Klinik für Neurochirurgie das zertifizierte interdisziplinäre Schädelbasiszentrum.

Im Jahr werden mehrere Fortbildungsveranstaltungen, die von der Landesärztekammer zertifiziert sind, zu aktuellen Thematiken durchgeführt. Am 11.03.2020 veranstalteten wir eine überregionale Fortbildungsveranstaltungen in dem bewährten Format "Rückgrat St. Georg". Ebenso erfolgen Patienteninformationsveranstaltungen zu wichtigen Erkrankungen, diese erfreuen sich einer breiten Resonanz. Am 08.06.2020 organisierten wir eine Informationsveranstaltung anlässlich des Welthirntumortags.

Auch 2020 organisierten wir den Qualitätszirkel mit den niedergelassenen Neurochirurgen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die wöchentliche Weiterbildung des ärztlichen Personals.

Die Klinik beteiligt sich an internationalen Studien. Aktuell läuft eine Phase III-Studie zur intraoperativen Bestrahlung von Glioblastomen.

Dr. med. Oliver Sorge
Chefarzt der Klinik

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1700) Neurochirurgie

B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Oliver Sorge, Chefarzt
Telefon:	0341 9093719
Fax:	0341 9093717
E-Mail:	neurochirurgie@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/neurochirurgie.html

B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

In der Klinik werden alle neurochirurgischen Behandlungen durchgeführt. Schwerpunkt sind die Chirurgie von Hirntumoren, der Hirngefäße, der Liquorzirkulationsstörungen, der degenerativen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, der intraspinalen Tumoren, der Peripheren Nerven, chronischer Schmerzerkrankungen und die intratumorale Chemotherapie. Dabei kommen wichtige Methoden zum Einsatz, wie die Neuronavigation, das multimodale Neuromonitoring, die Wachkraniotomie, minimal-invasive endoskopische Operationen (Hypophysentumore; Ventrikulozisternostomie) und die Mikrovaskuläre Dekompression nach JANETTA.

Die Klinik ist eine tragende Säule in der chirurgischen und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen innerhalb des Traumazentrums.

Diagnostischer Versorgungsschwerpunkt ist die Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels stereotaktischer oder navigationsgesteuerter Biopsie.
Auch Liquorzirkulationsstörungen können mittels invasiver Untersuchungsmethoden weiter spezifiziert werden. In Kooperation mit der Intensivstation kommen Methoden des erweiterten Neuromonitorings zur Anwendung, vor allem bei Patienten mit schwerem SHT und Subarachnoidalblutungen.
Weiterhin ist die Klinik spezialisiert in der Beratung und Untersuchungen zur Indikationsstellung einer neurochirurgischen Therapie auf Überweisung von Fachärzten für Neurochirurgie, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie.

Ein Alleinstellungsmerkmal ist die Komplementärbehandlung mit den Methoden der Akupunktur, Moxibustion, Kräutertherapie, Diätetik, Tuina, QiGong, Gua Sha, Schröpfen, Fußreflexzonenmassage, Shiatsu und der klassischen Naturheilverfahren in Kombination mit Entspannungsverfahren, der Osteopathie sowie der Psychotherapie.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
2	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
3	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
4	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
5	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
6	Chirurgie der intraspinalen Tumoren
7	Chirurgie der Bewegungsstörungen
8	Chirurgie der peripheren Nerven
9	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
10	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
11	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie
12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
13	Spezialsprechstunde
	Beratung und Untersuchungen zur Indikationsstellung für neurochirurgische Operationen auf Überweisung durch niedergelassene Fachärzte für Neurochirurgie, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie
14	Wirbelsäulenchirurgie
15	Kinderneurochirurgie

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	662
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	137
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	121
3	S06	Intrakranielle Verletzung	86
4	M47	Spondylose	26
5	D32	Gutartige Neubildung der Meningen	26
6	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	25
7	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	23
8	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	18
9	G91	Hydrozephalus	15
10	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	14

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	369
2	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	323
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	192
4	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	182
5	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	163

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
6	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	156

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Neurochirurgie
	Spezialsprechstunde
	Ambulanz für Neurochirurgie: Dr. med. Oliver Sorge
2	Spezialambulanz - Neurochirurgie
	Beratung und Indikationsstellung neurochirurgischer OPs
	Privatambulanz: Dr. med. Oliver Sorge
3	Präoperative Beratung und Diagnostik - Neurochirurgie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	6
2	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 8,07

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	8,07	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	8,07
		Fälle je Anzahl:	82,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 4,70

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	4,70	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	4,70
		Fälle je Anzahl:	140,9

B-[10].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Neurochirurgie
	5 Fachärzte

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Sportmedizin
	1 Facharzt

	Zusatz-Weiterbildung
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	1 Facharzt

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 15,18

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	15,18	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	15,18
			Fälle je Anzahl:	43,6

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,50

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,50
			Fälle je Anzahl:	1324,0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,43

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,43	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,43
			Fälle je Anzahl:	462,9

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

Gesamt: 1,90

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,90
			Fälle je Anzahl:	348,4

B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Casemanagement
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[11] Klinik für Plastische und Handchirurgie mit Schwerbrandverletztenzentrum

B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Plastische und Handchirurgie mit Schwerbrandverletztenzentrum
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/plastische-und-handchirurgie-mit-schwerbrandverletztenzentrum.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. Thomas Kremer
Leitende Oberärztin: Prof. Dr. med. Susanne Rein, MBA
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Die Klinik behandelt das gesamte Spektrum der akuten und elektiven Handchirurgie inklusive Replantation, peripherer Nervenchirurgie und Endoprothetik an der Hand, sowie angeborene Handfehlbildungen.Weitere Schwerpunkte sind die Rekonstruktive Mikrochirurgie inklusive Perforatorlappenplastiken, autologer Brustrekonstruktion, Verbrennungschirurgie und Ästhetische Chirurgie. Zusätzlich werden Straffungsoperationen nach massiver Gewichtsreduktion hochfrequent durchgeführt.

Der Klinik für Plastische und Handchirurgie als Kernbereich ist organisatorisch das Schwerbrandverletztenzentrum, ebenfalls unter der Leitung des Chefarztes (Prof. Dr. med. Thomas Kremer), zugeordnet.
Neben der hochmodernen klinischen Versorgung ist die Klinik auch in Wissenschaft und Lehre aktiv. Der Chefarzt hält einen Lehrauftrag und eine außerplanmäßige Professur an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. In diesem Rahmen werden zahlreiche Doktoranden betreut und vielfach in namenhaften wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert. Der Chefarzt hat mehrere Publikationen in internationalen Journalen und zahlreiche Buchkapitel in Lehrbüchern verfasst. Zusätzlich werden Studierende aus der Region im Rahmen des Wahltertials des Praktischen Jahres in der Klinik ausgebildet.

Das Versorgungsspektrum des Schwerbrandverletzenzentrums ist in diesem Qualitätsbericht gesondert dargestellt.

Die Klinik verfügt über eine Bettenstation mit insgesamt 23 Betten. Die Patienten sind in Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem Neubau und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/ Dusche, TV, Telefon, WLAN). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume. Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP - Sälen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Wichtige Angebote sind die ambulanten Behandlung über die Ermächtigung nach §116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV.

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1900) Plastische Chirurgie

B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Thomas Kremer, Chefarzt
Telefon:	0341 9092555
Fax:	0341 9092552
E-Mail:	thomas.kremer@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/plastische-und-handchirurgie-mit-schwerbrandverletztenzentrum.html

B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Klinik umfasst sachsenweit als einzige Klinik die gesamte operative Bandbreite aller Teilgebiete der Plastischen Chirurgie.

Das medizinische Leistungsspektrum gliedert sich in die Bereiche Verbrennungschirurgie und -intensivmedizin im Brandverletztenzentrum, Handchirurgie (Versorgung komplexer Handverletzungen bis hin zu Replantationen, Versorgung degenerativer Erkrankungen der Hand, Korrektur angeborener Fehlbildungen), rekonstruktive bzw. wiederherstellende Chirurgie (Hauttransplantationen, mikrochirurgische Gewebetransplantationen inklusive der Rekonstruktion der weiblichen Brust mit Eigengewebe) und Ästhetische Chirurgie (Korrekturen auffälliger Formstörungen).

Das Schwerbrandverletztenzentrum der Klinik für Plastische und Handchirurgie zur Behandlung von Patienten mit schweren Brandverletzungen stellt die einzige Einrichtung dieser Art in Sachsen dar.

Das Behandlungsspektrum umfasst insbesondere:

- die Transplantationschirurgie
- die Handchirurgie
- die Behandlung thermischer Traumata
- die Rekonstruktion nach Unfällen, Infektionen und Tumorresektionen
- die Wiederherstellung der weiblichen Brust mit Eigengewebe
- die Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- die Chirurgie der peripheren Nerven
- die Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
- die Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
- die Behandlung von Druckgeschwüren
- die Wiederherstellung der Körperform nach massivem Gewichtsverlust

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	CRPS-Behandl., stat./ reha. Übungsbehandlung, kindliche Fehlbildungen der Hand und Rheumachirugie

	Medizinische Leistungsangebote
2	Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
	Tumorentfernung und Defektverschluss durch körpereigene Gewebsanteile; Narbenkorrekturen, Expanderbehandlung, Straffungsoperationen bei Gewebsüberschuss
4	Spezialsprechstunde
	Rekonstruktive Brustchirurgie, Ästhetische Chirurgie, Postbariatrische Chirurgie, Rekonstruktion nach Brandverletzungen
5	Chirurgische Intensivmedizin
6	Notfallmedizin
7	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	Entfernung und Wundverschluss primär oder durch körpereigene Gewebsanteile
8	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
9	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
	Entfernung und Wundverschluss primär oder durch körpereigene Gewebsanteile
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
12	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
13	Wundheilungsstörungen
14	Adipositaschirurgie
15	Mammachirurgie
16	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
17	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
18	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
19	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
20	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
21	Arthroskopische Operationen
22	Metall-/Fremdkörperentfernungen
23	Bandrekonstruktionen/Plastiken
	Bandrekonstruktionen der Hand und Handgelenke
24	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	Implantation von Endoprothesen der Hand
25	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	Verschluss durch körpereigne Gewebsanteile
26	Septische Knochenchirurgie
27	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	Wundverschluss primär oder durch körpereigne Gewebsanteile; Versorgung aller Frakt., akuten und chronischen Haut-, Sehnen-, Nerven-, Gefäß- und Brandverletzg. der Hand; Gelenkeingriffe (Gelenkversteif., Denervierung, motor. Ersatzplast.), Handgelenkarthroskopie
28	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
	Brustvergrößerung, - straffung, - verkleinerung, Korrektur Brustasymmetrie, Mamillenkorretur; Bauchdeckenstraffung, Liposuktion
29	Verbrennungschirurgie
30	Handchirurgie

B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1074
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	L03	Phlegmone	115
2	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	86
3	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	79
4	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	69
5	S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	48
6	M72	Fibromatosen	38
7	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	37
8	M86	Osteomyelitis	37
9	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	35
10	S64	Verletzung von Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand	31

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[11].7.1 OPS, 4-stellig

B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	725
2	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	657
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	531
4	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	399
5	5-983	Reoperation	308
6	5-916	Temporäre Weichteildeckung	266
7	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	147
8	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	143
9	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	130
10	8-190	Spezielle Verbandstechniken	124

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Präoperative Beratung und Diagnostik - Plastische- und Handchirurgie
	Handchirurgie
2	Spezialambulanz - Plastische- und Handchirurgie
	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
	Privatambulanz, Ästhetik-Sprechstunde: Prof. Dr. med. Thomas Kremer

B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-841	Operationen an Bändern der Hand	75
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	65
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	38
4	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	38
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	38
6	1-697	Diagnostische Arthroskopie	35
7	5-849	Andere Operationen an der Hand	24

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
8	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	16
9	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	16
10	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	7

B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 13,35

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	13,35	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	13,35
		Fälle je Anzahl:	80,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 6,32

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	6,32	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	6,32
		Fälle je Anzahl:	169,9

B-[11].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Plastische und Ästhetische Chirurgie
	6 Fachärzte
2	Allgemeinchirurgie
	1 Facharzt
3	Orthopädie und Unfallchirurgie
	2 Fachärzte

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Handchirurgie
	4 Fachärzte

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 15,41

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	15,41	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	15,41
			Fälle je Anzahl:	69,7

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,87

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,87	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,87
			Fälle je Anzahl:	1234,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,70

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,70	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,70
			Fälle je Anzahl:	631,8

B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Casemanagement
4	Bachelor
5	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement

	Zusatzqualifikationen
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Sturzmanagement
9	Wundmanagement

B-[12] Schwerbrandverletztenzentrum

B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Schwerbrandverletztenzentrum
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/plastische-und-handchirurgie-mit-schwerbrandverletztenzentrum.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. Thomas Kremer
Leitende Oberärztin: PD Dr. med. Susanne Rein, MBA
Anästhesie: Leiter Dr. med. Jochen Gille
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Das Schwerbrandverletztenzentrum verfügt über eine Intensivstation mit insgesamt 12 Betten. Die Intensivstation verfügt über 6 spezielle Einzelzimmer (inkl. Schleuse) und Beatmungmöglichkeiten, sowie einen Intermediate-Care Bereich mit drei Zweibettzimmern.
Alle Zimmer befinden sich im Gebäude des Schwerbrandverletztenzentrums. Die operative Versorgung erfolgt in einem hochmodernen und spezialisierten OP-Saal, welcher in unmittelbarer Nähe zu den 6 speziellen Einzelzimmern liegt.

Der Fallschwereindex bescheinigt dem Schwerbrandverletztenzentrum die Behandlung von überdurchschnittlich vielen schweren Fällen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung.

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1990) Plastische Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp. (II)
2	(0030) Bes. Einrichtung - Behandlung von Schwerbrandverletzten
3	(0032) Bes. Einrichtung - Beh. Schwerbrandverletzten Intensiv

B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Thomas Kremer, Chefarzt
Telefon:	0341 9092555
Fax:	0341 9092552
E-Mail:	thomas.kremer@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/plastische-und-handchirurgie-mit-schwerbrandverletztenzentrum.html

B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Der Versorgungsschwerpunkt des Schwerbrandverletztenzentrums liegt in der Diagnostik und Therapie aller Brandverletzungen in dafür speziell ausgestatteten Schock-, OP-, Diagnostik-und Therapieräumen. Das Behandlungsspektrum umfasst auch die Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut- und Unterhaut.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	bei Verbrennungen
2	Behandlung von schwer- und schwerstverbrannter Patienten
	Kompetenzzentrum für Mitteldeutschland
3	Schockraum für Verbrennungen
	Aufnahme und Erstversorgung
4	OP für Brandverletzte
	integrierter OP- Saal im Brandverletztenzentrum
5	Operationen wegen Thoraxtrauma
	Behandlung von Inhalationstrauma
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
16	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
	Behandlung von Verbrennungen, Erfrierungen, Laugen- und Säureverätzungen,Stromverletzungen

B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	198
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T24	Verbrennung oder Verätzung der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	49
2	T23	Verbrennung oder Verätzung des Handgelenkes und der Hand	30
3	T21	Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes	27

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
4	T22	Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	27
5	T25	Verbrennung oder Verätzung der Knöchelregion und des Fußes	20
6	T20	Verbrennung oder Verätzung des Kopfes und des Halses	16
7	L51	Erythema exsudativum multiforme	5
8	S51	Offene Wunde des Unterarmes	< 4
9	L90	Atrophische Hautkrankheiten	< 4
10	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	< 4

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[12].7.1 OPS, 4-stellig

B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-921	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen	960
2	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	728
3	5-925	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle	318
4	5-923	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen	179
5	5-928	Primärer Wundverschluss der Haut und Revision einer Hautplastik bei Verbrennungen und Verätzungen	161
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	92
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	71

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Brandverletztenzentrum
	Verbrennungschirurgie
	Privatambulanz, Ambulanz für Nachbehandlung von Verbrennungen: Prof. Dr. med. Thomas Kremer

B-[12].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4

B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 30,52

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	30,52	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	30,52
			Fälle je Anzahl:	6,5

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

Gesamt: 0,17

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,17	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,17
			Fälle je Anzahl:	1164,7

B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Sturzmanagement
9	Wundmanagement

B-[13] Klinik für Thoraxchirurgie

B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Thoraxchirurgie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/thoraxchirurgie.html

Chefarzt: Dr. med. Axel Skuballa
Leitender Oberarzt: Dr. med. Holger Kraußer
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Das medizinische Angebot der Klinik umfasst das gesamte Spektrum der Diagnostik und chirurgischen Behandlung von Erkrankungen des Brustkorbes und des Halses (außer Herzchirurgie und Lungentransplantation), insbesondere der Luftröhre und der Bronchien, der Schilddrüse, der Lunge, des Lungen- und Rippenfells, des Mittelfellraumes, des Zwerchfells und der Brustwand. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen die bösartigen und gutartigen Tumore der Lunge, entzündliche Erkrankungen und spezifische Infektionen des Thorax.

Die chirurgische Behandlung des Bronchialkarzinoms ("Lungenkrebs") stellt dabei den wesentlichen Schwerpunkt dar. Die Behandlung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den pneumologischen Onkologen und den Strahlentherapeuten. Multimodale Therapiekonzepte spielen dabei eine immer größere Rolle. Für jeden Patienten wird ein individueller Therapieplan im interdisziplinären Tumorboard erstellt. Seit dem 30.11.2016 ist die Klinik für Thoraxchirurgie zusammen mit der Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin und dem Evangelischen Diakonissenkrankenhaus Leipzig als "Lungenkrebszentrum Leipzig Nordwest" durch die Deutsche Krebsgesellschaft als einziges Lungenkrebszentrum der Region zertifiziert.

Die modernen Methoden der minimalinvasiven Lungenlappenresektion (VATS-Lobektomie) sowie der hyperthermen intrathorakalen Chemotherapie (HITHOC) und das Verfahren der "Pressurized IntraThoracal Aerosol Chemotherapy (PITAC) sind an der Klinik etabliert.

An der Klinik wird die gesamte Palette der diagnostischen und interventionellen Bronchoskopie vorgehalten. Sämtliche minimal-invasive Verfahren der Thoraxchirurgie werden praktiziert einschließlich der minimal-invasiven Trichter- und Kielbrustkorrektur (NUSS-OP), der thorakoskopischen Grenzstrangausschaltung bei Hyperhidrosis und der thorakoskopischen Thymusresektion. Zunehmend kommt bei geeigneten Patienten während minimal-invasiven Operationen ein nichtinvasives schonendes Beatmungsverfahren (non intubated VATS) zum Einsatz. Das Verfahren reduziert deutlich perioperative Komplikationen. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die parenchymsparende Resektion von Lungenmetastasen mittels moderner, speziell für die Lungenchirurgie entwickelter Lasertechnik dar. Steigende Fallzahlen sind auch bei Lungenkollaps (Pneumothorax) und bei Brustkorbverletzungen im Rahmen von Polytraumen zu verzeichnen.

Die Klinik verfügt über 1 Bettenstation mit insgesamt 18 Betten, davon 5 Überwachungsplätze. Die Patienten sind überwiegend in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem sanierten Gebäude und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume. Zusätzlich stehen je nach Bedarf entsprechende Kapazitäten auf der Intensivtherapiestation und auf der interdisziplinären Wachstation

(IMC) zur Verfügung. Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP-Sälen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch vielfältige physiotherapeutische Angebote erreicht.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur Konsilbehandlung an. Angebote zur ambulanten Behandlung erfolgen über die Ermächtigung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte - ZV.

Die Klinik hat eine eigene Funktionsabteilung, welche in unmittelbarer Nähe untergebracht ist. Dort werden die flexiblen und starren Bronchoskopien sowie kleinere Interventionen durchgeführt. Einmal wöchentlich hält hier der Chefarzt eine Konsiliarsprechstunde ab.

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2036) Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2	(2000) Thoraxchirurgie

B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	**PD Dr. med. habil. Boris Jansen-Winkeln, Chefarzt**
Telefon:	0341 9092200
Fax:	0341 9092253
E-Mail:	Boris.Jansen-Winkeln@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/thoraxchirurgie.html

Name/Funktion:	**Dr. med. Axel Skuballa, Chefarzt**
Telefon:	0341 9092246
Fax:	0341 9092253
E-Mail:	axel.skuballa@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/thoraxchirurgie.html

B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Das Versorgungsspektrum der Klinik umfasst mit Ausnahme der Transplantationschirurgie die gesamte Bandbreite der chirurgischen Behandlung der Erkrankungen des Brustkorbes und des Halses, insbesondere der Luftröhre, der Schilddrüse, der Lunge, des Rippenfells, des Mittelfellraumes, des Zwerchfells und der Brustwand.

Die chirurgische Behandlung des Bronchialkarzinoms ("Lungenkrebs") stellt dabei den wesentlichen Schwerpunkt dar.

An der Klinik wird außerdem die gesamte Palette der diagnostischen und interventionellen Bronchoskopie einschließlich endobronchialer Tumorlaserungen und Tracheastentimplantationen und der endoskopischen Lungenvolumenreduktion (Ventilimplantation)
vorgehalten.

Sämtliche minimal-invasive Verfahren der Thoraxchirurgie werden praktiziert einschließlich der VATS-Lobektomie, der minimal- invasiven Trichterbrustkorrektur (NUSS-OP) und Kielbrustkorrektur, der thorakoskopischen Grenzstrangausschaltung bei Hyperhidrosis und der thorakoskopischen Thymusresektion.

Einen weiteren Schwerpunkt stellt die parenchymsparende Resektion von Lungenmetastasen mittels moderner, speziell für die Lungenchirurgie entwickelter Lasertechnik dar.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Lungenchirurgie
	Chirurgische Versorgung aller gutartigen, bösartigen und entzündlichen Erkankungen der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge sowie des Lungen- und Rippenfells, gesamte chirurgische Therapie des Bronchialkarzinoms, Lungenmetastasenresektionen mittels LASER
2	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
	Versorgung tracheobronchialer Fisteln
3	Operationen wegen Thoraxtrauma
	Einschließlich Sternum- und Rippenstabilisierung mit STRATOS-System
4	Thorakoskopische Eingriffe
	Gesamtes Spektrum der minimalinvasiven Thoraxchirurgie einschließlich VATS-Lobektomie und Trichterbrust- und Kielbrustkorrektur nach NUSS
5	Mediastinoskopie
	Videomediastinoskopie, VAMLA

B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	411
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	101
2	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	51
3	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	36
4	J93	Pneumothorax	29
5	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	23
6	J86	Pyothorax	22
7	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	15
8	J85	Abszess der Lunge und des Mediastinums	11
9	J43	Emphysem	10
10	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	10

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[13].7.1 OPS, 4-stellig

B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1585
2	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	250
3	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	184
4	5-333	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand	149
5	5-322	Atypische Lungenresektion	131
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	115

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Thoraxchirurgie
	Spezialsprechstunde
	Ambulanz für Thoraxchirurgie: Dr. med. Axel Skuballa
2	Präoperative Beratung und Diagnostik - Thoraxchirurgie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Vor- und nachstationäre Sprechstunde für thoraxchirurgische Fragestellungen
3	Spezialambulanz - Thoraxchirurgie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. med. Axel Skuballa

B-[13].11 Personelle Ausstattung

B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 5,05

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	5,05	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	5,05
		Fälle je Anzahl:	81,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 3,05

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	3,05	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	3,05
		Fälle je Anzahl:	134,8

B-[13].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Thoraxchirurgie
	3 Fachärzte
2	Allgemeinchirurgie
	3 Fachärzte
3	Viszeralchirurgie
	1 Facharzt

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	3 Fachärzte

B-[13].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 13,15

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	13,15	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	13,15
		Fälle je Anzahl:	31,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,31

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	0,31	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	0,31
		Fälle je Anzahl:	1325,8

B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Casemanagement
5	Pflege in der Onkologie

B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[14] Klinik für Gefäßchirurgie

B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gefäßchirurgie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/gefaesschirurgie.html

Chefarzt: Dr. med. Gert Hennig
Leitender Oberarzt: Samir Abu Salha
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Behandlungsschwerpunkte der Klinik für Gefäßchirurgie stellen die operative und endovasculäre Therapie von Aneurysmen der Hauptschlagader (Aortenaneurysma), von Verschlüssen der Extremitätenarterien sowie von Verengungen und akuten Verschlüssen der Halsschlagader dar. Zum Leistungsangebot der Klinik gehören auch die Venenchirurgie (z.B. Krampfaderleiden), die Behandlung schlecht heilender Wunden (Beingeschwüre) und die Therapie des diabetischen Fußsyndroms. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Dialyseshunt-Chirurgie, bei welcher eine Verbindung zwischen Arterie und Vene geschaffen wird (Shuntoperation). Damit wird eine Blutwäsche über die "künstliche Niere" ermöglicht.

Im Einzelnen finden folgende Methoden, Techniken und Spezialbehandlungen Anwendung:

- Ausschälplastik
- Bypassverfahren (Vene, Gefäßprothese, Bioprothese)
- Gefäßinterponat
- Interventionelle Verfahren (endovasculäre Aneurysmaausschaltung, Gefäßaufdehnung, Einsetzen von Stents)
- Shuntoperationen
- Einsetzen von Portsystemen sowie Herzverweilkathetern
- angepasste Wundbehandlung
- individuelle fußchirurgische Therapie

Die Klinik verfügt über 1 Bettenstation mit insgesamt 30 Betten.
Die Patienten sind in Ein-, Zwei-, Drei- und Vierbettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem sanierten Gebäude und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume. Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP-Sälen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Die ambulanten Behandlung erfolgt über eine Ermächtigung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte - ZV zur konsilärztlichen Beratung und Untersuchung zur Feststellung der OP-Notwendigkeit sowie zur Abklärung bei gefäßchirurgischen Fragestellungen.

Die Klinik für Gefäßchirurgie ist Mitglied und aktiver Bestandteil des initial von der Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin zertifizierten Gefäßzentrums am Klinikum St. Georg. Das Ziel der im Zentrum zusammengefaßten Fachdisziplinen (Radiologie, Angiologie, Gefäßchirurgie) ist es, Patienten mit Gefäßerkrankungen eine optimale u. individuell angepasste Therapie zu ermöglichen.

Die Klinik für Gefäßchirurgie ist zudem aktives Mitglied in folgenden interdisziplinären Zentren:

- Zentrum für Chirurgie - operative Medizin
- Interdisziplinäres Zentrum für Nierenkrankheiten
- Schlaganfallzentrum
- Wundzentrum
- Netzwerk "diabetischer Fuß" Leipzig

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1800) Gefäßchirurgie

B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	**PD Dr. med. habil. Boris Jansen-Winkeln, Chefarzt**
Telefon:	0341 9092200
Fax:	0341 9092238
E-Mail:	Boris.Jansen-Winkeln@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/gefaesschirurgie.html

Name/Funktion:	**Dr. med. Gert Hennig, Chefarzt**
Telefon:	0341 9092236
Fax:	0341 9092238
E-Mail:	gert.hennig@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/gefaesschirurgie.html

B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Behandlungsschwerpunkte der Klinik für Gefäßchirurgie stellen die operative und endovasculäre Therapie von Aneurysmen der Hauptschlagader (Aortenaneurysma), von Verschlüssen der Extremitätenarterien sowie von Verengungen und akuten Verschlüssen der Halsschlagader dar.

Zum Leistungsangebot der Klinik gehört auch die Venenchirurgie (z.B. Krampfaderleiden), die Behandlung schlecht heilender Wunden (Beingeschwüre) und die Therapie des diabetischen Fußsyndroms.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Dialyseshunt-Chirurgie.

Die Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen und aller Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren zählt zu den Stärken der Klinik. Weiterhin ist die konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen zu erwähnen.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Aortenaneurysmachirurgie
2	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
3	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	Dialyseshuntchirurgie
6	Portimplantation Zur permanenten Medikamenten- und Infusionsgabe bei chronischen Erkrankungen (z. B. Tumorerkrankungen)
7	Diagnostik und Therapie schlecht heilender gefäßassoziierter Wunden

B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	558
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	213
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	82
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	56
4	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	28
5	I83	Varizen der unteren Extremitäten	22
6	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	14
7	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	13
8	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	13
9	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	10
10	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	10

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[14].7.1 OPS, 4-stellig

B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	226
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	205
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	161
4	5-381	Endarteriektomie	134
5	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	120

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
6	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	102

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialsprechstunde - Gefäßchirurgie
	Spezialsprechstunde
	Ambulanz für Gefäßchirurgie: Dr. med. Gert Hennig
2	Spezialsprechstunde - Gefäßchirurgie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. med. Gert Hennig
3	Präoperative Beratung und Diagnostik - Gefäßchirurgie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Gefäßchirurgische elektive Eingriffe

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 5,85

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	5,85	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	5,85
		Fälle je Anzahl:	95,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 4,38

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	4,38	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	4,38
		Fälle je Anzahl:	127,4

B-[14].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Gefäßchirurgie
	5 Fachärzte
2	Allgemeinchirurgie
	3 Fachärzte

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Phlebologie
	1 Facharzt

B-[14].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 13,31

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	13,31	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	13,31
			Fälle je Anzahl:	41,9

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,45

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,45	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,45
			Fälle je Anzahl:	384,8

B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Casemanagement
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement
11	Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG®

B-[15] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/gynaekologie-und-geburtshilfe.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Leitende Oberärztin: Dr. med. Inge Seidel
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Im Leipziger Norden übernimmt diese Klinik die Versorgung der Patientinnen auf dem Gebiet der Senologie, der allgemeinen Gynäkologie, gynäkologischen Onkologie und der Urogynäkologie. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Geburtshilfe, einschließlich der Betreuung von Risikoschwangerschaften und Geburten sowie der Pränataldiagnostik dar.

Die Klinik verfügt über 2 Bettenstationen mit insgesamt 59 Betten. Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem im Jahr 2002 errichteten Neubau und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume. Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP-Sälen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Wichtige Angebote sind die allgemeingynäkologische Sprechstunde, die Brustsprechstunde/Onkologische und Nachsorgesprechstunde sowie die Spezialsprechstunde zur pränatalen Diagnostik. Seit dem Jahre 2001 ist an der Klinik ein Brustzentrum etabliert. Seit 2005 ist das "Nordwestsächsische Brustzentrum (NWSB)" zertifiziert. Weiterhin ist der Klinik das "Leipziger Kontinenzzentrum" angegliedert sowie ein MIC-(Schlüssellochchirurgie-) und Endometriosezentrum. Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ist Bestandteil eines Perinatalzentrums der Stufe I.

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	(2425) Frauenheilkunde
3	(2405) Frauenheilk./Schwerp. Hämatologie/internisti. Onkologie
4	(2500) Geburtshilfe
5	(2402) Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie

B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler, Chefarzt
Telefon:	0341 9093501
Fax:	0341 9093523
E-Mail:	gynaekologie.geburtshilfe@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/gynaekologie-und-geburtshilfe.html

B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Klinik bietet eine umfassende Versorgung in der Gynäkologischen Chirurgie an, darunter die Inkontinenzchirurgie und eine Vielzahl endoskopischer Operationsmethoden.

Besondere Kompetenz hat die Klinik bei der Diagnostik und Therapie von bösartigen und gutartigen Tumoren der Brustdrüse und bei der kosmetischen / plastische Brustchirurgie. Dies drückt sich auch in der Zertifizierung zum Brustzentrum nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (Onkozert) aus. Dabei ist die Brustsprechstunde oft der erste Anlaufpunkt.

Weiterer Versorgungsschwerpunkt ist die Entbindung mit kontinuierlich über 1.500 Geburten pro Jahr. Die Diagnostik und Therapie von Krankheiten und Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes stellt eine tragende Säule der Geburtshilfe dar.

Mit der Betreuung von Risikoschwangerschaften und einer Vielzahl vorklinischer Angebote setzt die Klinik einen weiteren wichtigen Eckpunkt ihrer Tätigkeit.
Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Gynäkologische Sprechstunde
	Ermächtigung für alle Krankenkassen
2	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	einschließlich plastischer Rekonstruktion der Brust
3	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
5	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
	einschließlich plastischer Operationen der Bauchdecke
6	Endoskopische Operationen
	Schlüssellochchirurgie bei gutartigen gynäkologischen Erkrankungen und gynäkologischen Karzinomen
7	Gynäkologische Chirurgie
8	Inkontinenzchirurgie
9	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
10	Pränataldiagnostik und -therapie
11	Betreuung von Risikoschwangerschaften
	spezialisierte Betreuung schwangerer Diabetikerinnen und bei Diabetes in der Schwangerschaft
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
13	Geburtshilfliche Operationen

	Medizinische Leistungsangebote
14	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
15	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
16	Spezialsprechstunde
	Spezialultraschall in der Schwangerschaft, ggf. mit Fruchtwasserpunktion, onkologische und urogynäkologische Sprechstunde, Tumornachsorge
17	Urogynäkologie
18	Gynäkologische Endokrinologie
19	Ambulante Entbindung

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 4166

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	744
2	O70	Dammriss unter der Geburt	507
3	P05	Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	298
4	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	295
5	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	208
6	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	175
7	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	119
8	O42	Vorzeitiger Blasensprung	99
9	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	91
10	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	87

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[15].7.1 OPS, 4-stellig

B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-500	Patientenschulung	1454
2	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	1230
3	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	1163
4	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	1068
5	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	810
6	5-749	Andere Sectio caesarea	498
7	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	235

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Gynäkologische Erkrankungen
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Uwe Köhler

2	Präoperative Beratung und Diagnostik - Gynäkologie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Gynäkologische elektive Eingriffe

3	Spezialambulanz - Urogynäkologie
	Urogynäkologie
	urogynäkologische Sprechstunde: Dr. med. Zaiß
4	Spezialambulanz - Endometriose- und Myome
	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	Endometriose- und Myomsprechstunde: Dr. med. Zaiß
5	Ambulanz Frauenheilkunde u. Geburtshilfe
	Allgemeingynäkologische Ambulanz
	Dr. med. Claudia Fährmann
6	ASV Gynäkologische Tumoren
	Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Pat. mit gynäkologischen Tumoren: Prof. Dr. Köhler (Teamleiter)
7	Ambulanz Frauenheilkunde u. Geburtshilfe / Onkologie
	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	Dr. med. Frömter
8	Ambulanz - Frauenheilkunde und Geburtshilfe/Pränataldiagnostik
	Dr. med. Heider
9	Spezialambulanz - Geburtsplanung
	Planung der Geburtsleitung - Dr. med. Uhlig

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	50
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	41
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	40
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	32
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	27
6	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	9
7	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	7
8	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
9	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
10	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	< 4

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 17,40

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	17,40

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	17,40
Fälle je Anzahl:	239,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 7,16

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	7,16	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,16
			Fälle je Anzahl:	581,8

B-[15].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	6 Fachärzte
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
	3 Fachärzte
3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
	1 Facharzt

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Medikamentöse Tumortherapie
	3 Fachärzte
2	Palliativmedizin
	1 Facharzt

B-[15].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 22,74

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	22,74	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	22,74
			Fälle je Anzahl:	183,2

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,59

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,59	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,59
			Fälle je Anzahl:	7061,0

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 14,34

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	14,34	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	14,34
			Fälle je Anzahl:	290,5

B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Still- und Laktationsberatung
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement
11	Palliative Care

B-[16] Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/hals-nasen-ohrenheilkunde-mit-belegabteilung-fuer-mund-kiefer-und-gesichtschirurgie.html

Chefarzt: Dr. med. Andreas Boehm
Leitender Oberarzt: Dr. med. Stefan Müller
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Das Versorgungsspektrum umfasst die Diagnostik und Therapie der Erkrankungen von Hals, Nase und Ohren einschließlich der plastischen Operationen des Kopf- und Halsgebietes.

Ein Schwerpunkt stellt die Behandlung von Kopf- und Halstumoren dar, insbesondere Operationen am Kehlkopf, an den Halslymphknoten und den Speicheldrüsen mit intraoperativer elektronischer Überwachung des Gesichtsnervs. Nach Tumorresektion werden alle Techniken der plastischen Lappendeckung angeboten. Alle Patienten mit bösartigen Tumoren werden in der Kopf-Hals-Tumorkonferenz besprochen, um die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten interdisziplinär festlegen zu können. Die Tumornachsorge erfolgt mindestens fünf Jahre.

Desweitern führen wir Operationen von chronischen Ohrentzündungen und Otosklerose mit hörerhaltenden und hörverbessernden Operationen durch und die operative Sanierung der Nasennebenhöhlen. Letztere mit minimal-invasiv / endoskopischen Eingriffen.

Zu einem weiteren Tätigkeitsfeld zählt die Diagnostik und operative Therapie von Schlafbezogenen Atemstörungen (sog. Obstruktive Schlafapnoe), inklusive der Implantation von Hypoglossusschrittmachern sowie die Behandlung von Hauttumoren.

Die Klinik verfügt über 1 Bettenstation mit insgesamt 20 Betten.
Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem sanierten Gebäude und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon, WLAN). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume. Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP - Sälen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung leitliniengerecht und folgt einer genauen Planung. Eine zügige Diagnostik und operative Therapie wird gewährleistet.

Die Klinik bietet neben der stationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung durch eine HNO-Ambulanz an. Wichtige Angebote sind die prä- und poststationäre Versorgung sowie eine ambulante HNO-Sprechstunde, die dem breiten Spektrum der HNO Heilkunde vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter gerecht wird.
Möglich sind alle üblichen ambulanten HNO-Operationen, die ambulante Diagnostik und Therapie von fachspezifischen allergischen Erkrankungen, Insektengift- oder Latexallergien, die Funktionsdiagnostik der

Nase, die ambulante Diagnostik und Therapie von Schwerhörigkeit, Stimm- Sprach- und Schluckstörungen und das erweiterte Neugeborenen-Screening (zertifiziert) auf Hörstörungen sowie ein Schlafapnoescreening.
Darüber hinaus bietet die Klinik verschiedene Sondersprechstunden an und arbeitet neben der umfangreichen Konsiliartätigkeit interdisziplinär mit allen Kliniken des Klinikums zusammen und ist im Rahmen des Neurozentrums eng mit den Kliniken für Neurologie und Neurochirurgie verbunden.

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Andreas Boehm, Chefarzt
Telefon:	0341 9092371
Fax:	0341 9092381
E-Mail:	hno@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/hals-nasen-ohrenheilkunde-mit-belegabteilung-fuer-mund-kiefer-und-gesichtschirurgie.html

B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Versorgungsschwerpunkte der Klinik liegen bei der Diagnostik und Therapie von folgenden Krankheiten:

- des äußeren Ohres
- der oberen Atemwege, einschließlich Larynx
- der Tränenwege
- von Allergien
- der Nasennebenhöhlen
- der Mundhöhle und Rachen
- der Kopfspeicheldrüsen
- des Mittelohres und des Warzenfortsatzes

Eine Kernkompetenz der Klinik ist die Behandlung von Malignomen im Fachgebiet. Diesbezüglich werden alle Kopf- und Halstumoren behandelt und insbesondere Operationen am Kehlkopf, an den Halslymphknoten und den Speicheldrüsen sowie aufgrund von Hauttumoren des Kopfes und des Halses durchgeführt. Weiterhin versorgen wir chronische Ohrentzündungen mit hörerhaltenden und hörverbessernden Operationen und führen die operative Sanierung der Nasennebenhöhlen, letztere mit minimal-invasiv, endoskopischen Eingriffen durch.

Wichtiges Aufgabengebiet ist weiterhin die plastische (funktionell-ästhetische) Chirurgie der Nase und des Gesichts-, Kopf- und Halsbereiches einschließlich der Korrektur von Fehlbildungen, z. B. der Ohrmuschel.

In enger interdisziplinärere Zusammenarbeit mit der Kinderklinik betreuen wir unserer kleinen Patienten mit HNO-Operationen gemeinsam. Wir führen Operationen an den Rachen- und Gaumenmandeln sowie auch Teilentfernungen bei Kindern durch. Adenotomien und Parazentesen werden auch ambulant vorgenommen.
Zum Leistungsspektrum gehört ebenso die Diagnostik und Therapie von Innenohrerkrankungen wie Hörsturz, Gleichgewichtsstörung und Tinnitus.

Spezielle Behandlungsstrategien und technische Innovationen können bei folgenden Eingriffen bei Bedarf eingesetzt werden: funktionelle, mikrochirurgische Nebenhöhlenchirurgie unter computergestützter Navigation, der Tympanoplastik, der Stapesplastik, der plastische Nasen- und Septumchirurgie, der Speicheldrüsenchirurgie mit Neuromonitoring, den Tonsillotomien, der Mikrochirurgie des Kehlkopfes, der Behandlung des Frey'schen Syndroms nach Parotis-OP, knochenverankerten Hörgeräten und der Laserchirurgie.
Es konnte weiterhin die endoskopische Speichelsteinextraktion und ggf. Lithotripsie etabliert werden.

Es erfolgt eine intensive Beteiligung an der interdisziplinären Tumorsprechstunde des Klinikums und aller Zentren.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
4	Mittelohrchirurgie
5	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
6	Schwindeldiagnostik/-therapie
7	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
8	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
10	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
12	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
16	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
17	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
18	Interdisziplinäre Tumornachsorge
19	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
20	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
21	Spezialsprechstunde
22	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
23	Schnarchoperationen
	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen / Schlafmedizin
24	Laserchirurgie
25	Pädaudiologie
	Phoniatrie
26	Tubendilatation
27	Diagnostik und Therapie von Allergien
	Pricktest, RAST. Provokation nasal
28	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
29	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
30	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

	Medizinische Leistungsangebote
31	Epithetik
32	Schmerztherapie
33	Native Sonographie / Duplexsonographie

B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	934
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J32	Chronische Sinusitis	84
2	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	63
3	H81	Störungen der Vestibularfunktion	59
4	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	56
5	J36	Peritonsillarabszess	48
6	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	45
7	R04	Blutung aus den Atemwegen	40
8	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	38
9	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	28
10	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	23

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[16].7.1 OPS, 4-stellig

B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	262
2	1-612	Diagnostische Rhinoskopie	232
3	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	190
4	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	175
5	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	145
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	124

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - HNO-Erkrankungen
	Spezialsprechstunde
	Allergologie, Plastische Operationen, Stimm- und Sprachstörungen: Dr.med. Andreas Boehm
2	Spezialambulanz - HNO-Erkrankungen
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. med. Andreas Boehm
3	Präoperative Beratung und Diagnostik - HNO-Erkrankungen
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Elektive Eingriffe
4	Ambulanz - HNO-Erkrankungen
	Allgemeine HNO-heilkundliche Ambulanz
	Dr. med. Cornelia Wulke
5	Ambulanz - HNO-Erkrankungen
	Allgemeine HNO-heilkundliche Ambulanz

5	Ambulanz - HNO-Erkrankungen
	Dr. Liebig
6	Ambulanz - HNO-Erkrankungen
	Allgemeine HNO-heilkundliche Ambulanz
	Herr Dr. med. Prager
7	Ambulanz - HNO-Erkrankungen
	Allgemeine HNO-heilkundliche Ambulanz
	Dr. Hubatsch

B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-260	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	12
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	10
3	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	9
4	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	6
5	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	6
6	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	< 4
7	5-188	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres	< 4
8	5-200	Parazentese [Myringotomie]	< 4
9	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
10	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4

B-[16].11 Personelle Ausstattung

B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 9,34

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	9,34	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	9,34
		Fälle je Anzahl:	100,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 3,69

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	3,69	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	3,69
		Fälle je Anzahl:	253,1

B-[16].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
	8 Fachärzte
2	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
	1 Facharzt

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Medikamentöse Tumortherapie
	1 Facharzt
2	Plastische Operationen
	1 Facharzt

B-[16].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 11,81

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	11,81	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	11,81
			Fälle je Anzahl:	79,1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,05

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,05	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,05
			Fälle je Anzahl:	18680,0

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

Gesamt: 0,19

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,19	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,19
			Fälle je Anzahl:	4915,8

B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Bachelor
5	Casemanagement

B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Sturzmanagement
9	Wundmanagement

B-[17] Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/hals-nasen-ohrenheilkunde-mit-belegabteilung-fuer-mund-kiefer-und-gesichtschirurgie.html

Belegärzte:
Dr. med. Hans-Andreas Vogel, M.Sc.
Dr. med. Dr. med. dent. Franziska Schiefke
Dr. med.Susan Colbow

Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Die Belegabteilung für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie und Plastische Operationen wurde am 01.01.1995 am Klinikum St. Georg durch Dr. Hans-Andreas Vogel und Dr. Stephan Teuber gegründet. Damit entstand erstmals neben der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Universitätsklinik eine zweite derartige Behandlungseinrichtung im Raum Leipzig.
Die Ärzte hatten nach ihrer langjährigen Tätigkeit an der Universitätsklinik 1993 eine Gemeinschaftspraxis gegründet und konnten nun durch die Gründung der Belegabteilung am Klinikum St. Georg gGmbH in gewohnter Weise die ambulanten und auch stationären Patienten versorgen. Die Belegabteilung wurde strukturell am Klinikum mit der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde verbunden. Im Jahre 2003 konnte die Belegabteilung durch die Integration von Frau Dr. Susan Colbow in die Gemeinschaftspraxis eine personelle Erweiterung erfahren.
Seit 2017 wurde Frau Dr. Dr. F. Schiefke als angestellte Ärztin in die Tätigkeit im Klinikum intergriert.
Somit versorgen jetzt fünf Ärzte in einem 24 stündigen Dienstsystem eigene Patienten sowie konsiliarisch insbesondere die verunfallten bzw. polytraumatisierten Patienten des Klinikums.

Der Schwerpunkt im Fach MKG-Chirurgie liegt im Bereich der Korrektur von Kieferfehlbildungen (Dysgnathien), im Bereich der Onkologie und Traumatologie sowie bei der allgemeinen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Des Weiteren ist die Abteilung für die kieferchirurgische Versorgung von Problempatienten mit schweren Erkrankungen bei vielfältigen gesundheitlichen Risiken, wie auch von Patienten mit körperlicher und geistiger Behinderung zuständig. Das Behandlungsspektrum der Belegabteilung konnte in den letzten Jahren ständig erweitert werden. So wurden z. B. spezielle plastisch-rekonstruktive Maßnahmen, auch mit mikrochirurgischer Technik, sowie Distraktionen (Kieferverlängerungen) bei Dysgnathiepatienten in das Behandlungsspektrum aufgenommen.
Die Belegabteilung betreut durch einen zusätzlichen Konsiliarvertrag alle mund-, kiefer- und gesichtschirurgischen Patienten des Klinikums und steht auch für spezielle zahnärztliche Leistungen den stationären Patienten zur Verfügung.

Die Belegabteilung verfügt über 1 Bettenstation mit insgesamt 7 Betten.
Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem sanierten Gebäude und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume.

Die operative Versorgung erfolgt wöchentlich in hochmodernen OP-Sälen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.

Die Belegabteilung bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Enge Kooperationsbeziehungen entwickelten sich mit der Klinik für Hals-, Nasen-, - und Ohrenkrankheiten, dem Zentrum für Traumatologie, der Klinik für Neurochirurgie und der Klinik für Plastische Chirurgie.

Die Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist im Tumorzentrum für Kopf-, Hals -Tumore des Klinikums intergriert. So ist sie im wöchentlichen Tumorkonsil für die Kopf-Hals-Tumore vertreten.

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3500) Zahn/Kieferheilkunde Mund- und Kieferchirurgie

B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Hans-Andreas Vogel, Chefarzt
Telefon:	0341 9092374
Fax:	0341 9092381
E-Mail:	mkg@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/hals-nasen-ohrenheilkunde-mit-belegabteilung-fuer-mund-kiefer-und-gesichtschirurgie.html

B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Behandlungsschwerpunkte der Belegabteilung untergliedern sich in die kieferorthopädische Chirurgie, Traumatologie, Onkologie, Dermatochirurgie, Plastisch-rekonstruktive Gesichtschirurgie, dentale Implantologie, dentoalveoläre Chirurgie und Sonographie.

Unfallopfer mit schweren Verletzungen, Patienten mit Tumoren oder angeborene Fehlbildungen bilden die größte Fallzahl. Behandelt werden Patienten mit gut- und bösartigen Geschwülsten im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich einschließlich der Haut - und Speicheldrüsen.

Zu den besonderen Schwerpunkten gehört die Behandlung von Weichgewebs- und Knochenverletzungen des Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereiches und die Therapie von Kieferfehlstellungen einschließlich Kiefergelenkserkrankungen.
Auch die Korrektur von Kieferfehlbildungen (Dysgnathien) zählt zu den Kernkompetenzen. Des Weiteren ist die Abteilung für die kieferchirurgische Versorgung (Kieferaufbauoperationen und Zahnimplantate) von Problempatienten mit schweren Erkrankungen bei vielfältigen gesundheitlichen Risiken, wie auch von Patienten mit körperlicher und geistiger Behinderung zuständig.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
2	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
3	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
5	Ästhetische Gesichtschirurgie
6	Akute und sekundäre Traumatologie
7	Dentale Implantologie
8	Dentoalveoläre Chirurgie
9	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
13	Endodontie
14	Kraniofaziale Chirurgie
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks
16	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
17	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs
18	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
19	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
20	Spezialsprechstunde
21	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	Tumore der Gesichts- und Kopfhaut
22	Dermatochirurgie

B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	352
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	54
2	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	40
3	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	38
4	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	35
5	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	20
6	K02	Zahnkaries	17
7	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	15
8	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	13
9	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	13
10	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	11

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[17].7.1 OPS, 4-stellig

B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	115
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	91
3	5-230	Zahnextraktion	88
4	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	81
5	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	79
6	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	56
7	5-772	Partielle und totale Resektion der Mandibula	53
8	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	51
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	44

B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	< 4
2	5-779	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen	< 4

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl in Personen: 3

Fälle je Anzahl: 117,3

B-[17].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
	3 Fachärzte
2	Zahnmedizin
	3 Fachärzte

B-[17].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

B-[17].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[17].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Sturzmanagement
9	Wundmanagement

B-[18] Klinik für Urologie und Andrologie

B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Urologie und Andrologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/urologie-und-andrologie.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Amir Hamza
Leitender Oberarzt: Dr. med. Wolf Behrendt
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Das Behandlungsprofil der Klinik umfasst das gesamte Spektrum der Urologie und Urogynäkologie einschließlich der Versorgung von Tumoren. Die operative Behandlung von Erkrankungen der Nieren, der Harnleiter, der Harnblase und der Prostata erfolgt minimal-invasiv oder in offener Operationstechnik. Die Versorgung organübergreifender urologischer, chirurgischer und gynäkologischer Tumoren stellt einen wichtigen Schwerpunkt der Klinik dar. Einen hohen Stellenwert bei bösartigen Erkrankungen der Niere hat die organerhaltende Tumorchirurgie. Durch die langjährige Erfahrung von Chefarzt Prof. Dr. med. habil. Hamza besitzt die Klinik auch Kompetenz zur Durchführung von Lebendspender- Nierenentfernung und Lebendspender- Transplantation.

Die Klinik verfügt über 3 Bettenstationen mit insgesamt 68 Betten. Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem Neubau und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/ Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume. Die intensivmedizinische Betreuung erfolgt auf der Wachstation (IMC) oder auf der zentralen intensivmedizinischen Station (ITS) des Klinikums. Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP-Sälen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung.
Eine schnelle Diagnostik und operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.

Es erfolgte die erfolgreiche Zertifizierung des Prostatazentrums durch die Deutsche Krebsgesellschaft. Das entsprechende Gütesiegel wurde verliehen. Um Patienten aller Stadien des Prostatakarzinoms die optimale Versorgung zu bieten, arbeiten zahlreiche Fachgebiete aus Urologie und Andrologie, Endoskopie, Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie und Pathologie eng zusammen. Dieses interdisziplinäre Team entscheidet in wöchentlich stattfindenden Tumorkonferenzen über jeden Fall individuell und legt die jeweils an den Patienten angepasste Therapie fest. Durch die enge Zusammenarbeit mit Hausärzten und niedergelassenen Urologen kann die Versorgung und Betreuung umfassend und kontinuierlich erfolgen. Die Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Sozial- und Pflegedienste sowie Psychoonkologen des Klinikums und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen runden das Betreuungsangebot ab.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Ein wichtiges Angebot ist die onkologische Sprechstunde (intensive Betreuung für Patienten mit Chemotherapie). Natürlich bietet die Klinik auch ein großes Spektrum an ambulanten

Eingriffen (u.a. Sterilisations-Operationen, Entfernung/Einlage von Ureterschienen, Implantationen von Portsystemen vor Chemotherapie, Operationen an der männlichen Vorhaut) an.
Männer mit unerfülltem Kinderwunsch können sich bezüglich der Zeugungsfähigkeit in der andrologischen Sprechstunde vorstellen.

Die Klinik für Urologie ist insbesondere in Zusammenarbeit mit Abteilung Nephrologie in das interdisziplinäre Zentrum für Nierenerkrankungen integriert.

Mit der Gründung des interdisziplinären Kontinenzzentrums am Klinikum wurden weiterhin die Voraussetzungen für eine verbesserte Diagnostik und Therapie sämtlicher Inkontinenztypen geschaffen. So erfolgt eine effiziente Diagnostik und Beratung der Patienten in der Inkontinenzsprechstunde. Erfolgreich ist die Klinik inzwischen in der Lage, besonders schwierig zu behandelnde Funktionsstörungen der Blase durch die Implantation eines Blasen-Schrittmachers zu behandeln. Zusätzlich ist die Klinik für Urologie im Onkologischen Zentrum des Klinikums engagiert, um eine patientenoptimierte Therapie bei bösartigen Erkrankungen fachübergreifend ermöglichen zu können. Die Klinik ist ebenfalls ein Therapiezentrum bezüglich der männlichen Impotenz. Darüber hinaus bietet die Klinik für Urologie Patienten mit speziellem religiösem oder ethnischem Hintergrund fremdblutfreie Therapiemöglichkeiten an.

Das "SAIDA Kompetenzzentrum" wurde im April 2019 vom Klinikum St. Georg und SAIDA International e.V. gegründet, um von Genitalverstümmelung betroffene Mädchen und Frauen umfassend medizinisch und sozial zu versorgen, zu behandeln und zu beraten. Während der Verein vor allem die beratenden, begleitenden und präventiven Aufgaben übernimmt, deckt das Klinikum künftig das medizinische Leistungsspektrum ab, angefangen bei der Erstellung von medizinischen Gutachten und Beratungen bis hin zu rekonstruktiven Operationen.

Prof. Dr. med. habil. A. Hamza ist 2017 zum Professor der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg berufen worden. Er hält in diesem Rahmen Vorlesungen ab und ist aktiv in Lehre und Forschung der Universität eingebunden. Er besitzt als Chefarzt der Abteilung die volle Ausbildungsberechtigung für Urologie und Andrologie sowie für die medikamentöse Tumortherapie. Zusätzlich finden nach den ärztlichen Fortbildungsrichtlinien regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Klinik für Urologie und Andrologie bildet jährlich bis zu 20 PJ Studenten sowie Famulanten aus. Im Rahmen der studentischen Ausbildung führen wir Studentenunterricht sowie freiwillige Weiterbildungen durch.

In Zusammenarbeit mit der gastroenterologischen Abteilung wird nun für Patienten mit therapieresistentem Bauchwasser die Implantation eines Pumpensystemes (alfapump) angeboten, um eine Verbesserung der Lebensqualität dieser Patientengruppe zu gewährleisten.

B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2200) Urologie

B-[18].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Amir Hamza, Chefarzt
Telefon:	0341 9092751
Fax:	0341 9092775
E-Mail:	urologie@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/urologie-und-andrologie.html

B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die operative Versorgung organübergreifender urologischer, gynäkologischer und chirurgischer Tumoren u.a. mit den Methoden der laparoskopischen und endoskopischen minimalinvasiven Chirurgie ist die Kernkompetenz der Klinik. Neben der operativen Versorgung von Prostataleiden und der Urogynäkologie sind die plastisch-rekonstruktiven Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase ein weiterer Schwerpunkt.

Ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet ist die ambulante Operationstätigkeit. Dazu gehörten Sterilisations-Operationen, Entfernung/Einlage von Ureterschienen, Implantationen von Portsystemen vor Chemotherapie und Operationen an der männlichen Vorhaut.

Versorgungsschwerpunkte in Diagnostik und Therapie sind insbesondere:

- tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
- Plastische und rekonstruktive Urologie
- Niereninsuffizienz
- Urolithiasis
- sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
- Krankheiten der männlichen Genitalorgane
- Kinderurologie
- Therapie der Impotenz
- Uroonkologie
- Geschlechtsangleichende Chirurgie

Unbedingt erwähnt werden müssen die Behandlungsmöglichkeiten von Inkontinenz- und Prostataerkrankungen, spezielle apparative Untersuchung bei Harninkontinenz und neurogener Blasenentleerungsstörung auf Überweisung von Fachärzten für Urologie und Gynäkologie. Die Klinik für Urologie und Andrologie befindet sich derzeit im Aufbau eines Prostatakrebszentrums.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
	Diagnostik und Therapie bei Nierenentzündungen
2	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	bei eingeschränkter Nierenfunktion; Entlastung von Harnstauungsnieren durch Einlage von Harnleiterschienen; Anlage von Nierenfisteln
3	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	Spiegelung von Harnleiter, Blase und Niere einschließlich der Steinentfernung in " Schlüssellochtechnik" sowie Einlage von Kathetern in die Harnleiter; Steintherapie durch Stoßwellen von außen (ESWL) oder durch Lasereinsatz,
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	Offene und laparoskopische (Schlüsselloch-Technik) Operation von Nierentumoren (wenn möglich nierenerhaltend) und Harnleitertumoren
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	Implantation eines künstlichen Blasenschließmuskels(ATOMS, AMS 800)
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
	alle bösartigen Erkrankungen (Prostata-, Penis- und Hodenkarzinom); Impotenztherapie durch Implantation von Penisprothesen, Therapie der gutartigen Vergrößerung der Vorsteherdrüse, Operation der Hydrozele (Wasserbruch) und der Varikozele (Krampfaderbruch)
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
	Entfernung von Blase, Prostata, Gebärmutter und Darmanteilen einschließlich aller Formen des Blasenersatzes und der Anlage eines künstlichen Darmausganges (Anus praeter)
8	Kinderurologie
	sämtliche Operationen aus dem Bereich der Kinderurologie, einschließlich Therapie von Missbildungen
9	Neuro-Urologie
	Implantation von Blasenschrittmachern bei Blasenfunktionsstörungen (Inkontinenz- und Harnverhalt)
10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase

	Medizinische Leistungsangebote
	Operationen von Nierenbeckenabgangsstenosen, Harnleiterengen und Aussackungen im Bereich der Harnblase; operative Versorgung bei unfallbedingten Verletzungen; Operation von Fistelbildungen (Darm- Blasen- Fistel, Blasen- Scheiden- Fistel)
11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	Operationen mit "Schlüssellochtechnik" an Gebärmutter, Nieren, Blase, Nebennieren, Harnleiter, bei Prostataentfernungen und bei der Operation der Varikozele (Krampfaderbruch), laparoskopische Versorgung von Leistenbrüchen
12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	endoskopische Spiegelung der Harnblase (einschließlich der Abtragung von Blasentumoren), der Harnleiter, Nieren (einschließlich der Steinentfernung), Abtragung der Prostata bei gut- und bößartigen Erkrankungen,
13	Tumorchirurgie
	Operationen von Nieren-, Prostata-,Harnblasen-Penis- und Hodenkarzinomen
14	Spezialsprechstunde
	Behandlung von Inkontinenz- und Prostataerkrankungen, spezielle apparative Untersuchung bei Harninkontinenz und neurogener Blasenentleerungsstörung auf Überweisung von Fachärzten für Urologie und Gynäkologie
15	Nierentransplantation
	Durchführung von Lebendspender- Nierenentfernung und Lebendspender- Transplantation
16	Prostatazentrum
	Prostata-Spezialdiag., US-gestützte Gewebeentnahme, gut/bösartige Veränd. Prostata in offener, endo./ laparo. OP-Tech. (kontinenz/ potenzerhalt); altern. Therapieopt. Prostataka. (US, HiFu, Bestrahlg. von Innen, Brachyth.); Feindiagn. Prostataka. durch Einsatz hochsensitiven MR-Spektroskopie
17	Schmerztherapie
	Multimodale Schmerztherapie inklusive PDK und Schmerzpumpen
18	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	Klinische und apparative Untersuchung bei Blasenfunktionsstörungen
19	Urogynäkologie
	OP von Fistelbildungen (Blasenscheidenfistel); op. Korrektur von Scheiden - und Gebärmuttervorfällen, Gebärmutterentfernung in Schlüssellochtechnik, Harninkontinenztherapie bei Frauen: op. und medik. Verfahren(Botox- Therapie), Therapie von Blasenentleerungsstörungen, Impl. von Blasen-Schrittmachern
20	Chemotherapie
	urologische Tumoren (Blase, Prostata, Nieren; Hoden, Penis)
21	operative Versorgung organübergreifender urologischer, gynäkologischer u. chirurgischer Tumoren
	Entfernung von Blase, Prostata, Gebärmutter und Darmanteilen einschließlich aller Formen des Blasenersatzes und der Anlage eines künstlichen Darmausganges (Anus praeter)
22	Implantation von venösen Portsystemen für die Chemotherapie
	Einpflanzen eines Zuganges zur großen Hohlvene, über den die Chemotherapie verabreicht wird
23	Therapie der männlichen Harninkontinenz
	Implantation eines künstlichen Blasenschließmuskels (ATOMS, AMS 800)
24	Onkologische Sprechstunde
	Beratung und Betreuung von Patienten mit bösartigen urologischen Tumoren bezüglich der Therapie
25	Ambulante Operationstätigkeit
	Sterilisations-Operationen, Entfernung/Einlage von Ureterschienen, Implantationen von Portsystemen vor Chemotherapie, Operationen an der männlichen Vorhaut).
26	Therapie der Impotenz
	Bei Problemen bezüglich der Gliedsteife besteht u.a. die Möglichkeit eine Penisprothese zu implantieren

B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 3456

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	611
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	505
3	N20	Nieren- und Ureterstein	366

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
4	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	283
5	N40	Prostatahyperplasie	224
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	201
7	N30	Zystitis	188
8	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	90
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	68
10	N45	Orchitis und Epididymitis	64

B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[18].7.1 OPS, 4-stellig

B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	1497
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	758
3	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	754
4	8-132	Manipulationen an der Harnblase	282
5	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	244
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	166

B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Urologie: Sprechstunde für Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung bei Frauen und Männern
	Spezialsprechstunde
	Urologische Spezialsprechstunde - Prof. Dr. med. Amir Hamza
2	Spezialambulanz - Urologie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Amir Hamza
3	Präoperative Beratung und Diagnostik - Urologie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Vor- und nachstationäre Sprechstunde für urologische Fragestellungen
4	Spezialambulanz - Urologische Onkologie
	Dr. Herrmann

B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	332
2	5-640	Operationen am Präputium	123
3	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	11
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	6
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	4
6	5-635	Vasotomie des Ductus deferens	< 4
7	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	< 4
8	5-044	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär	< 4
9	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
10	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4

B-[18].11 Personelle Ausstattung

B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt:	17,57	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	17,57	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	17,57
			Fälle je Anzahl:	196,7

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt:	8,07			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,07	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	8,07
			Fälle je Anzahl:	428,3

B-[18].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Urologie
	11 Fachärzte

B-[18].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Andrologie
	1 Facharzt
2	Medikamentöse Tumortherapie
	5 Fachärzte
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	6 Fachärzte
4	Palliativmedizin
	1 Facharzt

B-[18].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 33,40

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	33,40	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	33,40
			Fälle je Anzahl:	103,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,31

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,31	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,31
			Fälle je Anzahl:	2638,2

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

Gesamt: 1,54

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,54	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,54
			Fälle je Anzahl:	2244,2

B-[18].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[18].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Schmerzmanagement
7	Stomamanagement
8	Sturzmanagement
9	Wundmanagement
10	Palliative Care

B-[19] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/kinder-und-jugendmedizin-mit-kfh-nierenzentrum.html

Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin: Chefarzt Dr. med. Christian Geyer
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin: Chefärztin Dr. med. Marlen Zurek
Direktor IDCL (ImmunDefektCentrum Leipzig): Prof. Dr. med. habil. Michael Borte
Pflegedienstleiter: Frau Christiane Kress

Bestandteil der Klinik sind die Allgemeine Pädiatrie, die Ambulanz, die Interdisziplinäre Kinderintensivtherapiestation, die Neonatologie (Level 1) und die Pädiatrische Rheumatologie, Immunologie und Infektiologie als besonders zu erwähnender Kompetenzbereich. Behandlungsschwerpunkte sind insbesondere auch die Nephrologie, die Gastroenterologie sowie die Pulmologie und Neuropädiatrie. Eine wichtige klinische Aufgabe ist die Notfallmedizin. Es besteht eine 24h Akutversorgung ambulant vorgestellter Kinder und Jugendlicher bei Unfällen, Erkrankungen mit Atemnot, Fieber, Erbrechen, Hirnhautentzündungen, Durchfall, Stoffwechselentgleisungen und Vergiftungen.

Das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin verfügt über insgesamt 83 Betten. Kinder und Jugendliche aus den operativen Bereichen (Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Klinik für Plastische- und Handchirurgie) werden in der Kinderklinik mitbetreut. Zum modernen patientenfreundlichen Kinderkrankenhaus gehören die Möglichkeit zur Mitaufnahme von Eltern und das Aufheben aller Besuchseinschränkungen.

Die Kinder und Jugendlichen sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau. Die Stationen haben großzügige Aufenthalts- und Spielräume und sind mit WLAN ausgestattet.

Die Versorgung der Kinder und Jugendlichen während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und Therapie wird gewährleistet.
Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an.

- Kinder-Notfallambulanz am Standort Eutritzsch: Etwa die Hälfte aller stationär betreuten Patienten der Klinik für Kinder - und Jugendmedizin wird über diese Notfallsprechstunde eingewiesen.
- Allgemeinpädiatrische Sprechstunde (Kinderärztin mit Subspezialisierung für pädiatrische Pulmologie, Allergologie und Umweltmedizin)
- Gemeinsame Studienambulanz mit dem Umweltforschungszentrum Leipzig - Halle GmbH.
- Die Pädiatrische Spezialambulanzen:
  - Nephrologie: Frau OÄ Dr. med. Wygoda, Leiterin der KfH-Kinderdialyse, zertifizierte Kindernephrologin.
  - Gastroenterologie: Frau CÄ Dr. med. Zurek, zertifizierte Kindergastroenterologen mit

Sprechstunde "Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung". Parallel zur gastroenterologischen Spezialsprechstunde wurde eine pädiatrische gastroenterologische Endoskopie im Haus 20 etabliert.

- ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg, Direktor: Prof. Dr. med. habil. Borte, Diagnostik und Therapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit primären Immundefekten

In der kooperierenden Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH (einem Tochterunternehmen der Klinikum St. Georg gGmbH) in Wermsdorf (Kommissarische Chefärztin Dr. med. Birgitt Meier) werden neben akut-pädiatrischen Krankheitsbildern besonders Patienten mit psychosomatischen Problemen behandelt. Dadurch können auch Leipziger Patienten entsprechende Betreuungsformen angeboten werden.
Es bestehen enge Kooperationen mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Leipzig, welches ebenfalls auf dem Krankenhausgelände in der Delitzscher Straße ansässig ist.

An dieser Stelle ist der Schwerpunkt Pädiatrische Rheumatologie, Immunologie und Infektiologie besonders zu erwähnen. Hier werden Kinder und Jugendliche mit rheumatischen Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Immundefekterkrankungen und infektiologischen Problemen behandelt.
Im Einzeln gliedert sich dieses Leistungsspektrum in folgende Aufgabenbereiche:

- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis (juvenile idiopathische Arthritis einschl. aller Sonderformen, infektionsassoziierte Arthritiden, chronische Osteomyelitiden, systemische Autoimmunopathien wie z. B. Lupus erythematodes, Dermatomyositis, Sklerodermie, Mischkollagenosen, Vaskulitiden wie z. B. Kawasaki-Syndrom, Morbus Schoenlein- Henoch).
- Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit angeborenen Immundefekten (B - Zell - Defekte: Antikörpermangelsyndrome (z. B. Agammaglobulinämie, variabler Immundefekt (CVID), IgG-Subklassendefekt, IgA-Defekt, Hyper-IgM-Syndrom), T-Zell-Defekte (SCID), kombinierte Immundefekte, Komplementdefekte (z. B. hereditäres Angioödem), Granulozytendefekte (chronische Granulomatose, CGD, LAD I, II, III), Di George-Sequenz, Ataxia teleangiectatica, Wiskott-Aldrich-Syndrom, Hyper-IgE-Syndrom, Hyperinflammationssyndrome (z. B. Cinca, Hyper IgD-Syndrom, FmF) u. v. a.
- Diagnostik und Therapie von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit erworbenem Immundefekt (z.B. HIV-Infektion).
- Diagnostik und Therapie komplizierter Infektionserkrankungen.
- Impfberatung, insbesondere bei Patienten mit spezifischen Risiken (z. B. seltene oder chronische Erkrankungen, Allergien).
- Reisemedizinische Beratung/ Impfungen

Mit einem multiprofessionellen Team können stationäre Komplexbehandlungen für rheumakranke Kinder und Jugendliche durchgeführt werden. Alle Behandlungsstrategien orientieren sich an den Leitlinien der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Immunologie (API), der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), der European Society for Infectious Diseases (ESPID), der European Society for Immunodeficiencies (ESID) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (DGKJ). Der Klinik arbeitet dabei im Team mit den niedergelassenen Kinderärzten, Ärzten anderer Fachdisziplinen (Augenärzte, Orthopäden, Dermatologen, Radiologen, Labormediziner) sowie Ergo- und Physiotherapeuten zusammen.
Dabei bietet dieser Schwerpunktbereich neben der akutstationären Versorgung auch ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Das oberste Prinzip ist eine optimale, möglichst wohnortnahe ambulante Versorgung unserer Patienten. Das ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg arbeitet als überregionales Zentrum für die Diagnostik und Therapie von primären und sekundären Immundefekten und ist insbesondere spezialisiert auf die Schulung zur Subkutan-Therapie mit Immunglobulinen bei Patienten mit primären und sekundären Immundefekten, wodurch eine Heimselbstbehandlung ermöglicht wird. Am 13. März 2010 wurde das IDCL am Klinikums St. Georg als "Jeffrey Modell Foundation Diagnostic and Research Center for Primary Immunodeficiencies" eröffnet.

Gern vermittelt die Klinik Ansprechpartner zu den verschiedenen Selbsthilfegruppen, zu Patientenschulungen oder für eine Teilnahme an klinischen Studien (z. B. zum Einsatz neuer, innovativer

Medikamente).

Es bestehen enge Kooperationen mit dem Rheumazentrum am Universitätsklinikum Leipzig e. V., dem Leipziger Fraunhofer Institut für Immunologie und Zelltherapie (IZI), mit dem Leipziger Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung (Umweltforschungszentrum, UFZ) und mit dem Karolinska Institut in Stockholm (Schweden).

In der interdisziplinären Kinderintensivtherapiestation werden Kinder jeder Altersgruppe mit Erkrankungen, die einer Monitorüberwachung bedürfen, und eine intensive medizinische Betreuung von parenteraler Ernährung bis hin zur Atemhilfe oder Beatmung benötigen, medizinisch betreut. Auch auf dieser Station bieten wir in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium für Dialyse die Durchführung einer Peritonealdialyse oder Hämofiltration bei Kindern, die im Rahmen von akuten oder chronischen Grunderkrankungen ein Nierenversagen erleiden an.

Im Rahmen unserer Spezialisierungen werden besonders Patienten mit folgenden Erkrankungen betreut:

- Atemswegerkrankungen (obstruktive Bronchitis, Asthma bronchiale) - Diagnostik auch mit Bronchoskopie und Lungenpunktion möglich
- Infektionen
- Erkrankungen des Zentralnervensystems
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- Nierenerkrankungen (Akutdialyse, chronische Dialyse)

Nachbeobachtung von Patienten nach diagnostischen oder operativen Eingriffen aus den Fachbereichen:

- Gastroenterologie (Patienten nach Endoskopien in Narkose)
- Hals-, Nasen- und Ohren-Erkrankungen
- Urologie
- Kinderchirurgie
- Kinderkardiologie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Ebenso nehmen wir Kinder, die eine Heimbeatmung oder ein Heimmonitoring benötigen, in unsere Betreuung auf, um eine Schulung der Eltern und Sicherheit im Umgang mit erforderlichen Geräten zu erreichen.

B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1014) Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
2	(1007) Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
3	(1009) Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
4	(1004) Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
5	(1000) Pädiatrie
6	(1012) Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
7	(1300) Kinderchirurgie

B-[19].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	**Dr. med. Christian Geyer, Zentrumsleiter und Chefarzt Kinderchirurgie**
Telefon:	0341 9093648

Fax:	0341 9093647
E-Mail:	kinderzentrum@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zentrum-fuer-kinder-und-jugendmedizin.html

Name/Funktion:	**Dr. med. Marlen Zurek, Chefärztin Kinder- und Jugendmedizin**
Telefon:	0341 9093601
Fax:	0341 9093616
E-Mail:	kinderzentrum@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/kinder-und-jugendmedizin-mit-kfh-nierenzentrum.html

B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Behandlungsschwerpunkte im Bereich der Allgemeinen Pädiatrie sind die Nephrologie, die Gastroenterologie sowie die Pulmologie. Seit 01.07.2014 existiert ein kinderchirurgischer Fachbereich. Darüber hinaus wird eine 24h- Akutversorgung ambulant vorgestellter Kinder und Jugendlicher bei Unfällen, Erkrankungen mit Atemnot, Fieber, Erbrechen, Hirnhautentzündungen, Durchfall, Stoffwechselentgleisungen und Vergiftungen angeboten.

Wichtigste Aufgabengebiete der Klinik sind die Diagnostik und Therapie von Herzerkrankungen, Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas, Erkrankungen der Atemwege und der Lunge und die Therapie von Allergien bei Kindern und Jugendlichen.
Weiterhin werden schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche vor und nach einer Transplantation betreut. Wesentlich ist die Betreuung von Nierenerkrankungen.
Der Versorgungsschwerpunkt der Rheumatologie, Immunologie und Infektiologie liegt in der Diagnostik und Therapie von allgemeinen und spezifischen rheumatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und in der besonderen Kompetenz bei der Diagnostik und Therapie angeborenen und erworbenem Immundefekte sowie komplexer Infektionserkrankungen.

Eine vollständige Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Kinderchirurgie
2	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
3	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
	alle Formen der Nierenersatztherapie (Dialyse); ambulante Behandlung im KfH (Kuratorium für Dialyse und Transplantation), Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche
5	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
6	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
7	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
8	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von Allergien

	Medizinische Leistungsangebote
10	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
12	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
13	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
14	Pädiatrische Psychologie
15	Immunologie
16	Sozialpädiatrisches Zentrum
17	Spezialsprechstunde
	für Bronchologie, Allergologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Ernährung, Immunologie, Kinderrheumatologie, Nephrologie, Umweltmedizin

B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	3192
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	228
2	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	135
3	S52	Fraktur des Unterarmes	107
4	J20	Akute Bronchitis	106
5	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	73
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	60
7	S01	Offene Wunde des Kopfes	59
8	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	57
9	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	57
10	G40	Epilepsie	50

B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[19].7.1 OPS, 4-stellig

B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1328
2	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	225
3	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	219
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	216
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4

B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-Arzt-Kinderambulanz
	Behandlung von Unfallverletzten in Kindereinrichtungen und Schulen - Dr. med. Christian Paul Geyer
2	Spezialambulanz - Pädiatrische gastroenterologische Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
	Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung, chronische Hepatopathien, Malabsorbtionssysndrome, Ernährungsstörungen, Pankreaserkrankungen, spezielle gastroenterologische Symptome und Erkrankungen; Morbus Willson: Dr. med. Marlen Zurek

3	Spezialambulanz - Pädiatrische Nephrologie
	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
	Behandlung von chronischer bzw. rezidivierender Nephritis, Nephrosen unter Immunsuppression, chronische Glomerulonep- Nephritis im Rahmen von Systemerkrankungen, Kinder mit hämolytisch- urämischen Syndrom, Patienten mit Restschäden nach akutem Nierenversagen: Dr. med. Sabine Hollenbach
4	Spezialambulanz - Pädiatrische Immunologie
	Immunologie
	Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit immunologischen Erkrankungen: Prof. Dr. Michael Borte
5	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Pädiatrie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
6	Spezialambulanz - Schwerwiegende immunologische Erkrankungen
	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
	Prof. Dr. med. Michael Borte/ Dr. med. Fasshauer
7	Ambulanz - Kinderchirurgie
	Kinderchirurgie
	Kinderchirurgische Versorgung Dr. med. Kerstin Großer
8	Ambulanz - Allgemeinpädiatrie
	allgemeinpädiatrische Ambulanz
	Allgemeinpädiatrische Ambulanz: Dr. med. habil. Ulrike Diez
9	Ambulanz - Allgemeinpädiatrie
	allgemeinpädiatrische Ambulanz
	Allgemeinpädiatrische Ambulanz: MUDr. med. Anna Fucekvá
10	Ambulanz - Allgemeinpädiatrie
	allgemeinpädiatrische Ambulanz
	Allgemeinpädiatrische Ambulanz: Fr. Nadine Domke
11	Ambulanz - Allgemeinpädiatrie
	Allgemeinpädiatrische Ambulanz: Dr. med. Vilser

B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	41
2	5-640	Operationen am Präputium	19
3	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	5
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	4
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	4
6	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
7	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
8	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
9	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
10	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4

B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[19].11 Personelle Ausstattung

B-[19].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt:	24,30	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	24,30	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	24,30
			Fälle je Anzahl:	131,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt:	13,18			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	13,18	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	13,18
			Fälle je Anzahl:	242,2

B-[19].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Kinder- und Jugendmedizin
	11 Fachärzte
2	Kinderchirurgie
	5 Fachärzte
3	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
	2 Fachärzte
4	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
	1 Facharzt

B-[19].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Kinder-Gastroenterologie
	1 Facharzt
2	Kinder-Nephrologie
	4 Fachärzte
3	Kinder-Rheumatologie
	3 Fachärzte
4	Infektiologie
	1 Facharzt
5	Kinder-Orthopädie
	1 Facharzt
6	Kinder-Pneumologie
	2 Fachärzte

B-[19].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 0,65

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,65	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,65
			Fälle je Anzahl:	4910,8

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

Gesamt: 30,84

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	30,84	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	30,84
			Fälle je Anzahl:	103,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 3,61

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	3,61	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,61
			Fälle je Anzahl:	884,2

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

Gesamt: 0,19

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,19	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,19
			Fälle je Anzahl:	16800,0

B-[19].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[19].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[20] Abteilung für Neonatologie

B-[20].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für Neonatologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/kinder-und-jugendmedizin-mit-kfh-nierenzentrum/neonatologie.html

Leitende Oberärztin Dr. Silke Hennig
Pflegedienstleitung: Frau Christiane Kress

Die Geburt eines Kindes ist etwas Wunderbares und Großartiges für eine Familie. Damit Sie auch nach Jahren mit diesem großen Ereignis nur positive Erinnerungen verknüpfen, auch wenn Sie bereits vor der Geburt mit gesundheitlichen Problemen Ihres Kindes konfrontiert wurden oder es akut unter der Geburt zu Problemen kommt, möchten wir für Ihr Kind optimale Bedingungen für den Start ins Leben in unserem Perinatalzentrum bieten.

Auf der neonatologischen Intensivstation (Level 1) werden Frühgeborene jeden Gestationsalters und Neugeborene mit schweren Adaptationsstörungen, angeborenen Fehlbildungen oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen betreut.

Die Intensivtherapieplätze verfügen über alle modernen Möglichkeiten der invasiven oder nicht invasiven Beatmung. Eine möglichst wenig belastende Kreislaufüberwachung und -diagnostik kann auf der Station durchgeführt werden. Bereits während des Aufenthaltes auf der Intensivstation legen wir großen Wert auf den Aufbau einer engen Eltern-Kind-Beziehung.

Nach Stabilisierung des Kindes erfolgt die Verlegung auf die neonatologische Nachsorgestation. Hier ist eine Mitaufnahme der Mutter durch rooming-in ermöglicht und gewünscht. Wir fördern damit ein psychosoziales Konzept der Betreuung der gesamten Familie, um langfristige Bindungsstörungen von Mutter und Kind vermeiden zu können. Während des gemeinsamen Aufenthaltes von Mutter und Kind auf dieser Station sind wir auch bemüht, psychische Probleme und Ängste der Mütter frühzeitig zu erkennen. "Nur wenn es der Mutter gut geht, kann es auch dem Kind gut gehen!"

Die Klinik ist auf die kompetente medizinische Versorgung und Pflege von Frühgeborenen und akut oder chronisch kranken Neugeborenen spezialisiert, unter besonderer Schaffung eines engen Eltern-Kind-Kontaktes. Bereits vorgeburtlich werden wir Sie bei auftretenden Komplikationen in der Schwangerschaft gemeinsam mit den Kollegen der Geburtshilfe und Pränatalmedizin beraten und auf die Zeit nach der Geburt vorbereiten. So werden Sie auch auf der Intensivstation zu jeder Zeit Ihr Kind besuchen können. Auch nach der Entlassung nach Hause werden wir für Sie da sein. Durch eine von uns durchgeführte ambulante Nachsorge-Sprechstunde ist es möglich, die Entwicklung Ihres Kindes auch langfristig zu beobachten und wenn nötig, medizinische oder soziale Hilfe zu leisten. Wir arbeiten eng mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum und allen Spezialsprechstunden des Klinikums St. Georg zusammen.

B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1200) Neonatologie
2	(0070) Bes. Einrich. - Neonatologische Intensivbeh. Säuglinge

B-[20].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Silke Hennig, Leitende Oberärztin
Telefon:	0341 909 3604
Fax:	0341 909 3606
E-Mail:	silke.hennig@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/kinder-und-jugendmedizin-mit-kfh-nierenzentrum/neonatologie.html

B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Der Fachbereich verfügt über alle aktuellen technischen Möglichkeiten der maschinellen Beatmung sowie der Kreislauftherapie. Ein hoher Prozentsatz der bei uns tätigen Schwestern und Ärzte verfügen über eine Spezialausbildung zur Versorgung schwerkranker Früh- und Neugeborener.

Am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin existiert eine eigene Klinik für Kinderchirurgie. Damit ist eine kontinuierliche Betreuung auch von kleinen Patienten mit kinderchirurgischen Erkrankungen gewährleistet. Gleiches gilt für eine kinderkardiologische Versorgung gemeinsam mit dem Herzzentrum Leipzig bei Neugeborenen mit angeborenen Herzfehlern. Gemeinsam mit dem Kuratorium für Dialyse ist eine kindernephrologische und kinderurologische Betreuung von Neugeborenen mit Erkrankungen der Nieren und des harnableitenden Systems kontinuierlich möglich. Eine Peritonealdialyse oder Hämofiltration wird auch bei sehr kleinen und beatmeten Neugeborenen in den Räumen der Neonatologie unter Betreuung der Kollegen des Kuratorium für Dialyse durchgeführt.

Damit erfüllt die Fachabteilung für Neonatologie alle maschinellen, personellen und sozialen Voraussetzungen eines hochspezialisierten Perinatalzentrums vom Level 1.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Neonatologie
2	Neugeborenenscreening
3	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
	Peritonealdialyse bei Neugeborenen
5	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
	maschinelle Beatmung, CPAP- Atemhilfe, Surfactantherapie, Kreislauftherapie, Monitoring
6	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)

	Medizinische Leistungsangebote
7	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
9	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
10	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
	Level 1
11	Versorgung von Mehrlingen
12	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
	Betreuungszentrum für Diabetes- Schwangerschaften

B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	491
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	P05	Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	105
2	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	100
3	P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	60
4	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	31
5	P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	19
6	P59	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	18
7	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	13
8	P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	10
9	P39	Sonstige Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	9
10	P28	Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode	8

B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[20].7.1 OPS, 4-stellig

B-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	390
2	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	343
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	338
4	8-390	Lagerungsbehandlung	275
5	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	210
6	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	182
7	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	105
8	8-811	Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen	83

B-[20].11 Personelle Ausstattung

B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt:	17,99	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	17,99	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	17,99
			Fälle je Anzahl:	27,3

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt:	7,72			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,72	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,72
			Fälle je Anzahl:	63,6

B-[20].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
	3 Fachärzte
2	Kinder- und Jugendmedizin
	2 Fachärzte
3	Anästhesiologie
	1 Facharzt

B-[20].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	1 Facharzt
2	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
	1 Facharzt
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	1 Facharzt

B-[20].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 2,77

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	2,77	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,77
			Fälle je Anzahl:	177,3

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

Gesamt: 28,70

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	28,70	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	28,70
			Fälle je Anzahl:	17,1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,30

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,30	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,30
			Fälle je Anzahl:	1636,7

B-[20].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Bachelor
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung
7	Casemanagement

B-[20].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement

	Zusatzqualifikationen
10	Wundmanagement

B-[21] Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/kardiologie-angiologie-und-internistische-intensivmedizin.html

Chefarzt: PD Dr. med. Norbert Klein
Leitende Oberärzte: Dr. med. Anja Fabian; Dr. med. Oliver Spies
Pflegedienstleitung: Frau Raghad Alsaloum

Die Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin befasst sich schwerpunktmäßig mit den Herz-Kreislauferkrankungen und der Intensivmedizin internistischer Krankheitsbilder.
Sie ist derzeit Pandemie bedingt nur am Standort Eutritzsch mit 3 Stationen und 47 Betten vertreten - davon werden 7 intensivmedizinischen Betten und 10 IMC Betten (4 Betten auf der zertifizierten Brustschmerzeinheit (CPU) und 2 Betten in der zertifizierten Herzinsuffizienz-Einheit (HFU)) betrieben. Alle Zimmer verfügen über ein gutes Ausstattungsniveau (u.a. Bad / Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume.

Es wird ein breites Spektrum fachspezifischer Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten. In der funktionsdiagnostischen Abteilung können alle etablierten nichtinvasiven Untersuchungsmethoden des Fachgebietes, einschließlich sämtlicher kardiovaskulärer Ultraschallverfahren und Kardio-MRT, angeboten werden.
Die Abteilung für interventionelle Kardiologie verfügt über ein Herzkatheterlabor mit zwei Linksherzkatheter- und EPU-Messplätzen. Hier erfolgen Koronarinterventionen, elektrophysiologische Untersuchungen und Ablationen von Herzrhythmusstörungen (einschließlich Ablation von Vorhofflimmern und Kammertachykardien), Eingriffe bei strukturellen Herzerkrankungen (Verschlüsse von Defekten der Vorhofscheidewand / PFO, Interventionen an der Mitralklappe - z.B.MitraClip) und Occluderimplantationen des linken Herzohres. Auch die Implantation von Schrittmachern und Defibrillatoren (einschließlich biventrikulärer Systeme, kabelloser Schrittmacher, subcutaner Defibrillatoren und CCM-Systeme) wird im Herzkatheterlabor und dem angrenzenden OP durchgeführt. In Kooperation mit den Herzchirurgen des Herzzentrums Leipzig wird der interventionelle Aortenklappenersatz (TAVI) angeboten. Es besteht eine 24h-PCI-Bereitschaft für Patienten mit akutem Myokardinfarkt. Für Brustschmerzpatienten existiert eine DGK-zertifizierte Chest Pain Unit. Die Behandlung von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz erfolgt auf der DGK-zertifizierten Heart Failure Unit.
Die Intensivstation ist mit allen modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Fachgebietes ausgestattet. Es wird der Behandlung Standard der hochspezialisierten fachspezifischen kardiologisch/internistischen Intensivmedizin vorgehalten.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und ggf. interventionelle / operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht. Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 6,1 Tagen.
Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung auch ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Hierzu zählen die Nachsorge von Patienten mit Schrittmachern und Defibrillatoren sowie eine Spezialsprechstunde für Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz (Herzschwäche). Es bestehen weitreichende Kooperationen mit niedergelassenen Kollegen und dem MVZ des Klinikums St. Georg.

B-[21].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3601) Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
3	(0190) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II)

B-[21].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. med. Norbert Klein, Chefarzt
Telefon:	0341 9092301
Fax:	0341 9092323
E-Mail:	norbert.klein@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/kardiologie-angiologie-und-internistische-intensivmedizin.html

B-[21].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Wichtigste Tätigkeitsfelder bei der Versorgung durch die Klinik sind die Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten, von Herzrhythmusstörungen, von sonstigen Formen von Herzkrankheiten wie der Herzinsuffizienz, von Gerinnungsstörungen und der Hypertonie (Hochdruckkrankheit).

Dabei spielt die invasive Kardiologie einschließlich invasiver Elektrophysiologie und einer 24 Stunden Herzkatheter-Bereitschaft für akute Herzinfarkte eine bedeutende Rolle. Die Klinik hat eine große Kompetenz bei Herzschrittmachereingriffen, einschließlich Implantation und Nachsorge von Defibrillatoren und biventrikulären Systemen. Abgerundet wird das Angebot durch die Möglichkeit der Betreuung auf einer spezialisierten internistischen Intensivstation.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz
4	Invasive Kardiologie
	einschließlich invasive Elektrophysiologie, 24 Stunden Herzkatheter- Bereitschaft für akuten Herzinfarkt
5	Schrittmachereingriffe
	einschließlich Implantation und Nachsorge von ICD und biventrikulären Systemen
6	Intensivmedizin
7	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
9	Kardiovaskuläre-u. Stoffwechselerkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
11	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
12	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
13	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
14	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	CardioMRT in Kooperation mit Radiologie, Stress-MRT mit Adenosin
15	Spezialsprechstunde

B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	3207
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[21].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	571
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	511
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	378
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	364
5	I11	Hypertensive Herzkrankheit	93
6	I20	Angina pectoris	88
7	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	76
8	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	70
9	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	64
10	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	61

B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[21].7.1 OPS, 4-stellig

B-[21].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1611
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1496
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1489
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1296
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1176
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	948
7	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	395
8	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	< 4

B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Schrittmacher
	Herzschrittmacherkontrolle
	Schrittmachernachsorge und Schrittmacherprogrammierung: Dr. med. Steffen Löscher
2	Spezialambulanz - Kardiologie (Kardiologische Institutsambulanz)
	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4)
	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz NYHA 3-4
3	Spezialambulanz - Check-Up-Untersuchungen
	interdisziplinäre Vorsorgeuntersuchungen
	Privatambulanz PD Dr. med. habil. Klein
4	Privatambulanz: PD Dr. med. habil. Klein
	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonien (Hochdruckkrankheit) sowie Herzrhythmusstörungen

B-[21].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[21].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 31,42

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	31,42

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	31,42
Fälle je Anzahl:	102,1

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 14,88

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	14,88

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	14,88
Fälle je Anzahl:	215,5

B-[21].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin
	8 Fachärzte
2	Innere Medizin und Kardiologie
	12 Fachärzte

B-[21].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	7 Fachärzte
2	Notfallmedizin
	9 Fachärzte
3	Magnetresonanztomographie - fachgebunden -
	1 Facharzt

B-[21].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 62,90

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	62,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	62,90
			Fälle je Anzahl:	51,0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,13

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	2,13	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,13
			Fälle je Anzahl:	1505,6

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,75

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,75	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,75
			Fälle je Anzahl:	1832,6

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

Gesamt: 2,31

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	2,31	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,31
			Fälle je Anzahl:	1388,3

B-[21].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung
5	Casemanagement

B-[21].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement

	Zusatzqualifikationen
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Palliative Care
7	Qualitätsmanagement
8	Schmerzmanagement
9	Stomamanagement
10	Sturzmanagement
11	Wundmanagement
12	Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)

B-[22] Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie

B-[22].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/internistische-onkologie-und-haematologie.html

Chefärztin: Dr. med. Luisa Mantovani Löffler
Leitender Oberarzt: Dr. med. Albrecht Kretzschmar
Pflegedienstleitung: Frau Raghad Alsaloum

Die Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie versorgt Patienten mit allen Arten von bösartigen Erkrankungen der soliden Organe, der Weichteile und des blutbildenden Systems. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Behandlung gastrointestinaler und neuroendokriner Tumore (Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Dünn- und Dickdarmkarzinom, Rektumkarzinom, Pankreas- und Gallengangkarzinome) einschließlich der Versorgung von Lebermetastasen mit neuen innovativen Verfahren wie die "transarterielle Chemoembolisation (TACE)". Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung von Weichteilsarkomen und von Erkrankungen des lymphatischen Systems (Hodgkin-Lymphome/Non-Hodgkin-Lymphome sowie Erkrankungen des blutbildenden Systems (akute Leukämie). Die Klinik fungiert als Konsultationszentrum für alle anderen Kliniken des Klinikums sowie für andere Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte des Einzugsgebietes, auch im Rahmen des Kooperativen Darmzentrums Nord-West-Sachsen.

Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/ Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume, Die Verweildauer der Klinik liegt durchschnittlich bei 6,81Tagen.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Diese erfolgt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) für Tumore der Bauchhöhle sowie gynäkologische Malignome und in Kooperation mit onkologischen MVZ`s in Leipzig und Delitzsch.

Diese ASV-Ambulanz ist für Patienten gedacht, die zur Beratung, Planung und Durchführung einer onkologischen Therapie ein Gespräch mit allen bei der Behandlung beteiligten Ärzten benötigen. Der Patient erhält dadurch die Chance, sich in einer Sitzung von den für seine Erkrankung zuständigen Kollegen beraten zu lassen und kann dadurch selber eine bessere Vorstellung über den Ablauf seiner Behandlung entwickeln.

Umgekehrt können sich die zuständigen Spezialisten ein Bild vom Patienten und seiner speziellen klinischen Situation verschaffen sowie zeitnah Details des therapeutischen Vorgehens diskutieren.

Die Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie ist fest eingebunden in nationale und internationale Untersuchungsprogramme zur Optimierung der Therapie der malignen Erkrankungen. Als Bestandteil der Viszeralonkologischen Zentrums wurde die Klinik nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert.

B-[22].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0050) Bes. Einrich. - Beh. von onkologisch zu beh. Patienten
2	(0105) Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie

B-[22].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Luisa Mantovani Löffler, Chefarzt
Telefon:	0341 9092350
Fax:	0341 9092326
E-Mail:	luisa.mantovani@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/internistische-onkologie-und-haematologie.html

B-[22].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Der Versorgungsschwerpunkt der Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie liegt in der Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen, onkologischen Erkrankungen und in der Betreuung von Patienten vor und nach einer Transplantation.

Ein besonderer Schwerpunkt ist die Behandlung gastrointestinaler und neuroendokriner Tumore (Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Dünn- und Dickdarmkarzinom, Rektumkarzinom, Pankreas- und Gallengangskarzinome) einschließlich der Versorgung von Lebermetastasen mit neuen innovativen Verfahren wie die "selektive interne Radiotherapie (SIRT)" oder die "transsarterielle Chemoembolisation (TACE)".

Weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung von Weichteilsarkomen und von Erkrankungen des lymphatischen Sytems (Hodgkin-Lymphome/Non-Hodgkin-Lymphome sowie Erkrankungen des blutbildenden Systems (akute Leukämie).

Besonders erwähnenswert ist die Arbeit im Haus Leben Leipzig, als eine Begegnungsstätte für onkologische Patienten und deren Angehörige. Hier werden eine Vielzahl von Serviceangeboten wie beispielweise Ernährungsberatung, psychoonkologische Betreuung, Sozialberatung, Reha-Sport, traditionelle chinesische Medizin, Krebsvorsorge und Mutter-Kind-Projekte etc. unterbreitet. Dieser Service wird auch an den verschiedenen anderen Standorten der Klinikum St.Georg gGmbH angeboten.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Schwerpunkt: Gastrointestinale Tumore, Sarkome der Weichteile und der Knochen, Mammakarzinome
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
3	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
5	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
6	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
7	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
9	Schmerztherapie
10	Transfusionsmedizin

B-[22].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1044
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[22].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C83	Nicht follikuläres Lymphom	92
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	76
3	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	59
4	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	58
5	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	56
6	C16	Bösartige Neubildung des Magens	56
7	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	50
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	42
9	C91	Lymphatische Leukämie	42
10	C92	Myeloische Leukämie	38

B-[22].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[22].7.1 OPS, 4-stellig

B-[22].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	361
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	341
3	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	298
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	272
5	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	255
6	8-547	Andere Immuntherapie	236

B-[22].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ASV Gastrointestinale Tumore
	Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren: Dr. med. Christian Schmidt (Teamleiter)

2	Spezialambulanz - Internistische Hämatologie und Onkologie
	Interdisziplinäres Onkologisches Zentrum
3	Spezialambulanz - Internistische Hämatologie und Onkologie
	Privatambulanz: Dr. med. Luisa Mantovani Löffler

B-[22].11 Personelle Ausstattung

B-[22].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 7,40

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	7,40	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,40
			Fälle je Anzahl:	141,1

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 5,79

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	5,79	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	5,79
			Fälle je Anzahl:	180,3

B-[22].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
	8 Fachärzte
2	Innere Medizin
	2 Fachärzte

B-[22].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[22].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 14,78

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	14,78	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	14,78
			Fälle je Anzahl:	70,6

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,15

Beschäftigungs-verhältnis:	Mit:	0,15	Ohne:	0,00

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,15
			Fälle je Anzahl:	6960,0

B-[22].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Bachelor
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege in der Onkologie
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung
6	Casemanagement

B-[22].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Palliative Care
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[23] Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik

B-[23].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/akutgeriatrie-mit-geriatrischer-tagesklinik.html

Chefärztin: Dr. med. Claudia Schinköthe
Leitende Oberärztin: Dipl.-Med. Grit Geigenmüller
Pflegedienstleiterin: Frau Raghad Alsaloum

Die Klinik für Akutgeriatrie mit 2 geriatrischen Tageskliniken ist ein bedeutendes regionales Zentrum für Geriatrie. Für die Versorgung unentbehrlich ist dabei die enge Zusammenarbeit mit allen Teilbereichen der Inneren Medizin, der Klinik für Neurologie und den Kliniken des Zentrums für Operative Medizin, insbesondere der Traumatologie. Es werden nahezu alle internistischen Erkrankungen bei PatientInnen im höheren Lebensalter behandelt, z.B. Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Schmerzsyndrome und Gangstörungen mit Stürzen. Patienten mit Krankheiten des Bewegungsapparates, nach akuten kardialen oder neurologischen Erkrankungen können mittels geriatrischer Komplextherapie frührehabilitativ versorgt werden.

Die Klinik verfügt über 1 Bettenstation am Standort Eutritzsch mit insgesamt 30 Betten (durch Coronavriruspandemie reduziert auf 15 Betten) und zusätzlich 22 tagesklinische Plätze. 4 Betten sind mit kardiopulmonalen Überwachungsmonitoren ausgestattet. Die Patienten sind in Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. behindertengerechtes Bad/ Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume. Die tagesklinischen Plätze befinden sich sowohl am Standort Eutritzsch als auch am Standort Grünau. Auf den Stationen und in den Tageskliniken finden sich zudem modern eingerichtete Therapieräume.

In die Klinik für Akutgeriatrie ist je eine Tagesklinik an den Standorten Eutritzsch und Grünau integriert, in welcher die teilstationäre Behandlung geriatrischer Patienten durchgeführt wird. Neben den oben genannten Krankheitsbildern erfolgen hier insbesondere die Behandlung von Gangstörungen, Schmerztherapie und die Diabetes- und Blutdruckeinstellung.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert. Eine schnelle Diagnostik und Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physio- und ergotherapeutische Angebote sowie aktivierend-therapeutische Pflege erreicht.

Die Diagnostik und Therapie erfolgt unter einem ganzheitlichen Betreuungsprinzip im geriatrischen Team von Ärzten, Pflegekräften, Physio- und Ergotherapeuten, Psychologen, Logopäden und Sozialarbeitern. Diesem steht eine umfassende Klärung von Fähigkeits- und Funktionsstörungen mittels geriatrischen Assessmentverfahren unter Einbeziehung der Angehörigen voran.

Ziel der ganzheitlichen Behandlung ist es, die häusliche Selbstversorgung und Alltagskompetenz zu erhalten, Abhängigkeit von Pflege und fremder Hilfe zu vermeiden, die soziale Teilhabe wieder ermöglichen und im Hinblick auf die chronischen Erkrankungen eine weitgehende Symptomfreiheit zu erreichen.

Dabei kommen folgende Spezialbehandlungen, Methoden und Techniken zum Einsatz:

- multimodale Therapiekonzepte bei komplexen geriatrischen Erkrankungsbildern inkl. integrativer psychologischer und psychosozialer Betreuung (geriatrische Komplextherapie)
- Gerontopharmakologie zur Minimierung von Interaktionen und unerwünschten Arzneimittelwirkungen infolge Polypharmazie
- Sturzassessment und -prophylaxe
- die Durchführung internistischer Diagnostik, wie z. B. der Sonographie von Oberbauch/ Schilddrüse und Untersuchungsmethoden wie Echokardiographie, Langzeit-EKG, Duplexsonographie, Endoskopie

Die Klinik für Akutgeriatrie ist integriert in das Zentrum für Innere Medizin des Klinikums. Mit der Klinik für Gerontopsychiatrie des Sächsischen Krankenhauses Altscherbitz besteht eine enge Kooperation. Die Klinik ist Mitglied des Landes - und Bundesverbandes Geriatrie.

Weiterhin ist die Klinik im Rahmen des Lehrkrankenhauses der Universität Leipzig in die Studierendenausbildung (Famulatur, Praktisches Jahr, Praktika) integriert.

B-[23].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0200) Geriatrie
2	(0260) Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[23].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Claudia Schinköthe, Chefärztin
Telefon:	0341 9092604
Fax:	0341 9092638
E-Mail:	ines.lange@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/akutgeriatrie-mit-geriatrischer-tagesklinik.html

B-[23].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Klinik versorgt schwerpunktmäßig internistische Erkrankungen bei multimorbiden Patienten im höheren Lebensalter. Behandelt werden z.B. Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Schmerzsyndrome und chronische Wunden. Patienten mit kardiovaskulären und neurologischen Erkrankungen sowie Krankheiten des Bewegungsapparates, wie z.B. Herzinfarkte, Schlaganfälle und Frakturen, werden mittels Komplextherapie frührehabilitativ versorgt.

Eine große Kompetenz hat die Klinik bei der Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen, zerebrovaskulären Krankheiten, der Hypertonie (Hochdruckkrankheit), von psychischen und Verhaltensstörungen und von gerontopsychiatrischen Störungen entwickelt.

Die Behandlungen werden ergänzt durch physikalische und ggf. Schmerztherapien.

Sowohl eine akutstationäre als auch eine teilstationäre Behandlung wird durch die Klinik angeboten.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Schwindeldiagnostik/-therapie
	internistisch teils mit HNO-Konsil
2	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
7	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
8	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

	Medizinische Leistungsangebote
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
16	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	teils mit Konsil an Rheumatologie
17	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
18	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
21	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
22	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
23	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	mit Hämostaseologie
24	Endoskopie
25	Palliativmedizin
26	Physikalische Therapie
27	Schmerztherapie
	teils per Konsilanforderung
28	Geriatrische Tagesklinik
29	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
30	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
31	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
33	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
34	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
35	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
36	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
37	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	Depression im Senium

B-[23].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	811
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[23].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	87
2	I50	Herzinsuffizienz	74
3	E86	Volumenmangel	71
4	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	39
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	22
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	22

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	20
8	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	19
9	N17	Akutes Nierenversagen	17
10	D50	Eisenmangelanämie	15

B-[23].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[23].7.1 OPS, 4-stellig

B-[23].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	659
2	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	301
3	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	204
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	110
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	100

B-[23].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Geriatrie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. med. Claudia Schinköthe

B-[23].11 Personelle Ausstattung

B-[23].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 5,55

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	5,55	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	5,55
		Fälle je Anzahl:	146,1

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 2,80

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	2,80	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	2,80
		Fälle je Anzahl:	289,6

B-[23].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin
	3 Fachärzte

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
2	Innere Medizin und Nephrologie
	1 Facharzt
3	Allgemeinmedizin
	2 Fachärzte

B-[23].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Geriatrie
	3 Fachärzte

B-[23].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 17,27

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	17,27	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	17,27
		Fälle je Anzahl:	47,0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 2,13

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	2,13	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	2,13
		Fälle je Anzahl:	380,8

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 3,24

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	3,24	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	3,24
		Fälle je Anzahl:	250,3

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

Gesamt: 0,83

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,83	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,83
			Fälle je Anzahl:	977,1

B-[23].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[23].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Diabetes
3	Entlassungsmanagement
4	Ernährungsmanagement
5	Geriatrie
6	Kontinenzmanagement
7	Qualitätsmanagement
8	Schmerzmanagement
9	Stomamanagement
10	Wundmanagement
11	Sturzmanagement

B-[24] Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie

B-[24].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/infektiologietropenmedizin-nephrologie-und-rheumatologie.html

Geschäftsführender Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Christoph Lübbert, DTM&H
Chefarzt Nephrologie: Prof. Dr. med. habil. Joachim Beige
Leitende Oberärztin Rheumatologie: Dr. med. Susette I. Unger
Leitender Oberarzt Infektiologie/Tropenmedizin: Dr. med. Nils Kellner
Pflegedienstleitung: Frau Raghad Alsaloum

Die Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie ist Bestandteil des Zentrums für Innere Medizin. Die Klinik fungiert mit der Fachabteilung Infektiologie und Tropenmedizin als überregionale Schwerpunktklinik sowie als Kompetenzzentrum für Infektionskrankheiten für den Freistaat Sachsen. In einer gesonderten Sonderisolierstation (BSL 4) können hochkontagiöse Erkrankungen, wie z. B. viral-hämorrhagische Fieber (Ebola, Lassa, Marburg), Lungenpest, Vogelgrippe etc. oder auch Patienten mit multiresistenter offener Lungentuberkulose behandelt werden. Überwiegend werden Patienten mit einheimischen Infektionserkrankungen, wie z.B. Meningitis, Darminfektionen, Haut-/Weichgewebeinfektionen, Lungenentzündungen und HIV-Infektion sowie tropenmedizinische Erkrankungen wie Malaria behandelt.

In die Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie (ITNR) als Kernbereich sind organisatorisch die Abteilungen Nephrologie und Rheumatologie unter der Leitung eines Geschäftsführenden Chefarztes (Prof. Dr. med. habil. Christoph Lübbert) integriert.

Das Versorgungsspektrum der Abteilungen für Nephrologie und Rheumatologie sind in diesem Qualitätsbericht gesondert dargestellt.

Die Klinik verfügt über 4 Bettenstationen mit insgesamt 71 Betten (davon 2 Bettenstationen mit 19 Betten in der Abteilung Nephrologie und 10 Betten in der Abteilung Rheumatologie). Integriert in die infektiologischen Planbetten auf 2 Stationen in einem eigenen Gebäude sind5 Betten in der infektiologischen Sonderisoliereinheit (auf dem Versorgungsniveau einer IMC-Einheit). Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/ Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein umfangreiches klinikweites Antibiotic Stewardship (ABS) Programm (zusammen mit Apotheke, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene), einen stationären Konsiliardienst und ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten infektions- und tropenmedizinischen Beratung, Reiseberatungen sowie Reiseimpfungen im Zentrum für Reise- und Tropenmedizin an. In diesem Zentrum werden Reisende bzw. Erkrankte auf ambulanter Basis in allen Fragen der Erkennung, Behandlung und Vorbeugung von Infektionskrankheiten betreut.

Die integrierte Impfambulanz hält alle derzeit verfügbaren Impfungen gegen einheimische und tropische Infektionen vor. Ebenso werden Tropentauglichkeitsuntersuchungen (G35-Standard) durchgeführt.

Weiterhin werden durch die Klinik eine große HIV- und Tuberkulose-Ambulanz sowie eine spezialisierte Immundefekt-Sprechstunde durchgeführt.

B-[24].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0152) Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
2	(0040) Bes. Einrichtung - Behandlung von AIDS-Patienten

B-[24].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Christoph Lübbert, Chefarzt
Telefon:	0341 9092601
Fax:	0341 9092630
E-Mail:	gitte.holzhausen@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/infektiologietropenmedizin-nephrologie-und-rheumatologie.html

B-[24].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Klinik fungiert mit der Fachabteilung Infektionskrankheiten/Tropenmedizin als überregionale Schwerpunktklinik sowie als Kompetenzzentrum für Infektionskrankheiten für den Freistaat Sachsen. In einer gesonderten Isolierstation können hochkontagiöse Erkrankungen, wie z. B. viral-hämorrhagische Fieber, Pest, Vogelgrippe etc. behandelt werden.

Weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung von Patienten mit einheimischen Infektionserkrankungen, wie z. B. Meningitis, Darminfektionen, Lungenentzündungen.

Besondere Kompetenz besitzt die Klinik bei der Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) sowie bei tropenmedizinischen Erkrankungen. Dafür existiert eine HIV-Ambulanz und eine Spezialsprechstunde Reisemedizin (incl. Tropentauglichkeitsuntersuchungen).

Die Schwerpunkte der Abteilungen für Nephrologie und Rheumatologie werden gesondert dargestellt.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Sonderisolierstation
	Kompetenzzentrum zur Diagnostik und Therapie quarantänepflichtiger Erkrankungen
2	Behandlung von Infektionen mit multiresistenten Erregern einschließlich infektiologischer Komplextherapie
	Spezielle Diagnoseverfahren und therapeutische Konzepte bei Infektionen mit multiresistenten Erregern
3	Hochkontagiöse Erkrankungen, Infektionen des zentralen Nervensystems, Immundefekte,
4	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

	Medizinische Leistungsangebote
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
12	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
13	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
14	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	In Zusammenarbeit mit Mikrobiologie werden spezielle Verfahren zur Diagnose aller Infektionserreger durchgeführt
15	Diagnostik und Therapie von Allergien
16	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	Überregionaler Schwerpunkt zur Behandlung aller Stadien der HIV-Infektion, einschließlich opportunistischer Erkrankungen und HIV-assoziierter Malignome
17	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
18	Spezialsprechstunde
	Tropentauglichkeitsuntersuchungen
19	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
20	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
21	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
22	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
23	Schmerztherapie

B-[24].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1043
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[24].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	137
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	62
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	57
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	49
5	A46	Erysipel [Wundrose]	39
6	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	34
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	31
8	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	27
9	E86	Volumenmangel	23
10	A41	Sonstige Sepsis	21

B-[24].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[24].7.1 OPS, 4-stellig

B-[24].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	407
2	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	284
3	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	108

B-[24].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz -Toxoplasmose
	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	Beratung, Diagnostik und Therapie von Patienten mit Toxoplasmose und Zytomegalie während der Schwangerschaft auf Überweisung Dr. Macholz
2	Spezialambulanz - HIV-Krankheiten
	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS
	Diagnostik und Therapie von HIV/ AIDS: Dr.Kellner/ Dr. Macholz
3	Spezialambulanz - Schwere immunologische Erkrankungen
	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
	In Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachbereich pädiatrische Immunologie: Ltg. Prof. Dr. med. Lübbert
4	ASV Tuberkulose
	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
	Diagnostik und Therapie von Tuberkulose-Erkrankungen: Dr. med. Geert Vogt (Teamleiter)
5	Spezialambulanz: Zentrum für Reisemedizin
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz; spezielle infektiologische und tropenmedizinische Diagnostik und Therapie, reisemedizinische Beratung und Vorhaltung aller präventiver Maßnahmen in der Reise- und Tropenmedizin (Impfungen, Malariaprophylaxe etc.)
6	Spezialambulanz: Infektiologische Spezialsprechstunde
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Lübbert; Behandlung spezieller infektiologischer Fragestellungen auf Überweisung

B-[24].11 Personelle Ausstattung

B-[24].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 16,92

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	16,92	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	16,92
		Fälle je Anzahl:	61,6

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 12,60

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	12,60	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	12,60
		Fälle je Anzahl:	82,8

B-[24].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin
	9 Fachärzte

B-[24].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Infektiologie
	7 Fachärzte
2	Tropenmedizin
	2 Fachärzte

B-[24].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 26,92

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	26,92	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	26,92
			Fälle je Anzahl:	38,7

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

Gesamt: 1,19

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,19	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,19
			Fälle je Anzahl:	876,5

B-[24].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Bachelor
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Pflege in der Nephrologie
5	Praxisanleitung
6	Casemanagement
7	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[24].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement

	Zusatzqualifikationen
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement
11	Palliative Care

B-[25] Abteilung für Nephrologie

B-[25].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für Nephrologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/infektiologietropenmedizin-nephrologie-und-rheumatologie/abteilung-nephrologie-nieren-und-hochdruckerkrankungen.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Joachim Beige
Oberarzt: Dr. med. Ralph Wendt
Pflegedienstleitung: Frau Raghad Alsaloum, Claudia Vattes-Zwingel und Tobias Fröhlich (Dialyse)

Die Nephrologie wird als selbstständige Abteilung in der Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie betrieben und durch einen Chefarzt geleitet. Außerdem besteht eine personelle, apparative und räumliche Kooperation mit dem Nierenzentrum des Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation (KfH), welches ein großes ambulantes Dialysezentrum und Spezialsprechstunden für Nieren- und schwere Hochdruckerkrankungen inkl. apparativer Therapien (Hochdruckschrittmacher in persönlicher Ermächtigung) auf dem Klinikumgelände betreibt. Durch die einheitliche ärztliche Leitung und die personelle Zusammenarbeit entsteht eine große nephrologische Einheit mit Sektoren - übergreifender Komplettversorgung aller nephrologischen Krankheitsbilder. Drei Oberärzte bzw. stellvertretend leitende Ärzte sind jeweils verantwortlich für den stationären Bereich, die akute Nierenersatztherapie inkl. Intensivmedizin und den ambulanten Dialysebereich. Außerdem sind weitere Fach- und Assistenzärzte tätig.

Die Abteilung verfügt über eine Bettenstationen mit 19 Betten und 44 Dialyseplätze im KfH Nierenzentrum, die jeweils durch eine pflegerische Leitung geführt werden.

Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume sowie eine einzigartige freiliegende Terrasse.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen medizinischen Planung. Eine schnelle Diagnostik und Therapie wird gewährleistet.

Gemeinsam mit der Klinik für Gefäßchirurgie wird die Dialyseshuntversorgung gewährleistet (250 Shuntanlagen pro Jahr), wofür die Nephrologie Vor- und Nachbereitung mit Sonografie gewährleistet. Gemeinsam mit der Klinik für Urologie werden uro-chirurgische und interventionelle Maßnahmen sowie Zystenchirurgie, u.a. bei Transplantatstörungen durchgeführt, außerdem Punktionen und Abstoßungsbehandlungen. Gemeinsam mit der interventionellen Radiologie erfolgen Diagnostik und Interventionen bei Nierenarterienstenosen.

Mit der Abteilung für pädiatrische Nephrologie erfolgt eine enge Zusammenarbeit hinsichtlich jugendlicher Patienten, die von der Kinder- auf die Erwachsennephrologie übergeleitet werden. Außerdem werden fachliche Probleme ggf. gemeinsam bearbeitet, überregionale gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen (Leipziger interaktives Nephrologieseminar; http://www.nephro-leipzig.de) durchgeführt und Behandlungsräumlichkeiten gemeinsam genutzt.
Die Abteilung Nephrologie wurde zuletzt 2021 als Nephrologische Schwerpunktklinik und Hypertoniezentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie und die Hochdruckliga zertifiziert.
Ein wichtiger Schwerpunkt ist die Versorgung von Patienten mit resistenter Hypertonie, d.h. schwer behandelbarem Bluthochdruck, meist mit Folgeschäden. Neben den bekannten Verfahren der Risikoerkennung und Pharmakotherapie werden auch neue apparative Verfahren der Hochdrucktherapie eingesetzt, z.B. die Implantation von Hochdruckschrittmacher. Weitere häufige Kooperationen mit internen Einrichtungen

betreffen die Viszeralchirurgie (Peritonaldialysekatheter), die endokrine Chirurgie (Nebenschilddrüsen-, Nebennierenchirurgie), die Gastroenterologie (Endoskopien) und die Kardiologie / Internistische Intensivmedizin.
Die wichtigste externe klinische Kooperation besteht mit dem Nierenregister des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Nierenhistologie, Prof. Dr. T. Wiech). Forschungsaktivitäten bestehen extern mit europäischen Forschungsverbünden auch in Koordinierung durch das Klinikum und qualitätsgesicherter akademischer Forschungsförderung (u.a. EU FP-7Priority-Studie, ERA-Permed Perstigan, ProDial, Crit-Cov-U).
Die Abteilung ist zertifiziertes Mitglied des mitteldeutschen Kompetenznetzwerks für seltene Erkrankungen.

B-[25].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0400) Nephrologie

B-[25].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Joachim Beige, Chefarzt
Telefon:	0341 9092613
Fax:	0341 9091493
E-Mail:	joachim.beige@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/infektiologietropenmedizin-nephrologie-und-rheumatologie/abteilung-nephrologie-nieren-und-hochdruckerkrankungen.html

B-[25].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Durch die Abteilung wird eine sektorenübergreifende Komplettversorgung aller nephrologischen Krankheitsbilder (Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen) gewährleistet.
Insbesondere hat die Abteilung große Kompetenzen bei der Durchführung folgender Behandlungen:

- Chronische Nierenschwäche, Progressionsverhütung und Dialysevorbereitung: Chronisch-ambulante Hämodialysen (Kuratorium für Dialyse), Nachtdialysen, alternative Antikoagulation (Citrat)
- Bauchfelldialysen inkl. Katheterimplantation und Komplikationsmanagement
- Akutdialysen, extrakorporale Nierenersatztherapie auf Intensivstationen
- weitere Organersatz- und Plasmatherapien
- Diagnostik und Therapie der arterielle Hypertonie, insbesondere Reservetherapien bei schwerem Bluthochdruck-"Hochdruckschrittmacher" und Nierenarteriendenervation
- Vollständige Vor und Nachsorge bei Nierentransplantation: Bioptische Diagnostik, Abstoßungstherapie, spezielle Sonographie, Immunsuppressionsmonitoring, infektiologisches Monitoring
- Nephrologischer Ultraschall: Nierensonografie, Duplex, Shuntsonografie, Halssonografie
- Renale Autoimmunerkrankungen, immunsuppressive Therapie
- Diagnostik und Therapie der renalen Knochenkrankheit: Knochenbiopsie, Pharmakotherapie, Parathyreoidektomie

Weitere wichtige Aufgabengebiete sind Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen, Krankheiten der Arterien, tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten und Arteriolen und Kapillaren.

Die Abteilung fungiert als Shuntzentrum des Klinikums. Außerdem gehört zu den Tätigkeitsschwerpunkten

die Nierensprechstunde der Nephrologischen Ambulanz des Kuratoriums für Heimdialyse.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Notfallmedizin
2	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
4	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
5	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
6	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
7	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
8	Nierenchirurgie
9	Endokrine Chirurgie
10	Dialyseshuntchirurgie
11	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
12	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Reservetherapien
13	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	komplettes Spektrum
14	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
17	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
18	Intensivmedizin
	extrakorporale Nierenersatztherapie
19	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
20	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
21	Spezialsprechstunde
22	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
23	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
24	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
25	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
26	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
27	Shuntzentrum
	Kooperation mit Gefässchirurgie
28	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
29	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
30	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
31	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
33	Dialyse
34	Nierentransplantation
	Vor- und Nachsorge

B-[25].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	641
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[25].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N17	Akutes Nierenversagen	152
2	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	68
3	N18	Chronische Nierenkrankheit	36
4	E22	Überfunktion der Hypophyse	35
5	I50	Herzinsuffizienz	35
6	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	26
7	N04	Nephrotisches Syndrom	23
8	E86	Volumenmangel	18
9	I11	Hypertensive Herzkrankheit	16
10	A41	Sonstige Sepsis	14

B-[25].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[25].7.1 OPS, 4-stellig

B-[25].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-854	Hämodialyse	550
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	261
3	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	89
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	65
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	64
6	1-846	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen	59

B-[25].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Hochdruckkrankheiten
	Amb. Nachsorge u. Kontrolle von Patienten mit Hochdruckschrittmacher
	Hochdrucksprechstunde: Prof. Dr. med. Joachim Beige
2	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Nephrologie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
3	Spezialambulanz - Nephrologie
	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Joachim Beige

B-[25].11 Personelle Ausstattung

B-[25].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 1,34

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,34	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	1,34
		Fälle je Anzahl:	478,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 0,34

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0,34	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	0,34
		Fälle je Anzahl:	1885,3

B-[25].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin und Nephrologie
	4 Fachärzte
2	Innere Medizin
	3 Fachärzte

B-[25].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 5,32

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	5,32	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	5,32
		Fälle je Anzahl:	120,5

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 0,67

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	0,67	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	0,67
Fälle je Anzahl:	956,7

B-[25].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Nephrologie
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[25].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[26] Abteilung für Rheumatologie

B-[26].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für Rheumatologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/infektiologietropenmedizin-nephrologie-und-rheumatologie/abteilung-rheumatologie.html

Oberärztin Dr. med. Susette I. Unger
Pflegedienstleitung: Sabine Madziala

Im Fachbereich werden Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, insbesondere Vaskulitiden und Kollagenosen betreut. Dies umfasst sowohl die internistisch-rheumatologische Diagnostik als auch die entsprechende medikamentöse Therapie einschließlich des Einsatzes aller zur Verfügung stehender Biologika.

Der Fachbereich verfügt über 1 Bettenstation mit insgesamt 9 Betten. Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem sanierten Altbau und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume.
Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.
In Zusammenarbeit mit den weiteren Fachdisziplinen des Klinikums wird der Interdisziplinarität der Rheumatologie Rechnung getragen. Rheumatologische Konsiliartätigkeit wird für das gesamte Klinikum angeboten.

Mit der Mitgliedschaft im Rheumazentrum am Universitätsklinikum Leipzig e.V. ist die Abteilung Rheumatologie eng mit anderen Versorgungseinrichtungen und den Selbsthilfegruppen im Raum Leipzig vernetzt. Besonders erwähnenswert ist die enge Kooperation mit den niedergelassenen Rheumatologen der Region.

Regelmäßig werden auf der Station Assistenzärzte, Studenten im Praktischen Jahr sowie Famulanten ausgebildet. Durch Vortragstätigkeit wird die rheumatologische Expertise weiter vermittelt.

B-[26].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0109) Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie

B-[26].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Susette I. Unger, Oberärztin
Telefon:	0341 909 2607
Fax:	0341 909 1371
E-Mail:	susetteilona.unger@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/infektiologietropenmedizin-nephrologie-und-rheumatologie/abteilung-rheumatologie.html

B-[26].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Der Versorgungsschwerpunkt des Fachbereiches umfasst die internistische Diagnostik und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen.
Es werden Patienten mit rheumatoider Arthritis und Sonderformen, entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen, Kollagenosen und Vaskulitiden stationär und ambulant betreut. Physikalische Therapie und rheumatologische Ergotherapie ergänzen das medizinische Angebot.
In Anbetracht der dem Fachgebiet Rheumatologie innewohnenden Interdisziplinarität gibt es eine enge Zusammenarbeit mit allen anderen Kliniken und Abteilungen des Klinikums.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
2	Spezialsprechstunde
3	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
4	Native Sonographie

B-[26].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	410
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[26].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	46
2	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	41
3	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	35
4	M34	Systemische Sklerose	30
5	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	27
6	M32	Systemischer Lupus erythematodes	19
7	L40	Psoriasis	16
8	M10	Gicht	15
9	D86	Sarkoidose	9
10	M02	Reaktive Arthritiden	9

B-[26].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[26].7.1 OPS, 4-stellig

B-[26].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	66
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	65

B-[26].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die rheumatologische Ambulanz befindet sich am Standort Grünau.

1	Spezialambulanz - Rheumatologische Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	Behandlung rheumatologisch erkrankter Patienten mit rheumatoider Arthritis einschl. ihrer Sonderformen, Kollagenosen und Vaskulitiden, endzündliche Spondyloarthropathien und Psoriasisarthropathie: Dr. med. Wolfram Seidel und Dr. med. Unger
2	Spezialambulanz - Rheumatologische Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	Privatambulanz: Dr. med. Wolfram Seidel

B-[26].11 Personelle Ausstattung

B-[26].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 1,52

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,52	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	1,52
		Fälle je Anzahl:	269,7

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 1,52

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,52	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	1,52
		Fälle je Anzahl:	269,7

B-[26].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin
	1 Facharzt
2	Innere Medizin und Rheumatologie
	2 Fachärzte

B-[26].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

B-[26].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Casemanagement

B-[26].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[27] Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie

B-[27].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/gastroenterologie-hepatologie-diabetologie-und-endokrinologie.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Ingolf Schiefke
Leitender Oberarzt: Dr. med. Ingo Wallstabe
Pflegedienstleitung: Frau Raghad Alsaloum

Der Schwerpunkt der Klinik ist die Diagnostik und Behandlung von Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen. Dazu gehören neben Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens und des Darmes auch krankhafte Veränderungen der Leber und Bauchspeicheldrüse.
Der Klinik angeschlossen ist die Zentrale Endoskopie, in der für alle Patienten am Standort Eutritzsch endoskopische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie durchgeführt werden. Ebenfalls ist die Zentrale Sonographie Bestandteil der Klinik.

In der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen verfügt die Klinik über ein sehr breites Spektrum an klinischen und technischen Möglichkeiten. Kontinuierlich wurde die Endoskopietechnik inklusive der Diagnostik von Dünndarmerkrankungen auf den jeweils neuesten Stand der Technik gebracht. Damit werden krankhafte Veränderungen früher und besser diagnostiziert. Die Techniken zur endoskopischen Therapie von gutartigen Tumoren und Frühstadien bösartiger Tumoren wurden kontinuierlich erweitert und die Funktionsdiagnostik von Motilitätsstörungen erneuert. Schwerpunkte stellen weiterhin die endoksopische Adipositastherapie und die Eingriffe bei Komplikationen der Leberzirrhose (TIPS-Shunts oder Ascitespumpe) dar.
Seit März 2011 ist Herr Prof. Dr. med. habil. Ingolf Schiefke Chefarzt der Klinik. Zuvor war er Leitender Oberarzt der Endoskopie in der Klinik für Gastroenterologie der Universität Leipzig. Neben seiner Chefarzt-Tätigkeit ist er auch als praktizierender Arzt in Niederlassung tätig. Er hält eine Reihe von Lehrveranstaltungen im Fach Gastroenterologie ab.
Die Patienten sind in Ein-, Zwei, und Dreibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Wichtige Angebote sind die vor- und nachstationäre Versorgung.

Die Klinik arbeitet eng mit allen Kliniken des Klinikums, mit dem Onkologischen Zentrum, dem Viszeralonkologischen Zentrum, dem Geriatriezentrum und dem Kooperativen Darmzentrum Nordwest-Sachsen zusammen.

B-[27].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie

B-[27].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Ingolf Schiefke, Chefarzt
Telefon:	0341 9092626
Fax:	0341 9092673
E-Mail:	ingolf.schiefke@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/gastroenterologie-hepatologie-diabetologie-und-endokrinologie.html

B-[27].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Der Schwerpunkt der Klinik ist die Diagnostik und Behandlung von Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen. Dazu gehören neben Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens und des Darmes auch krankhafte Veränderungen der Leber, der Galle und der Bauchspeicheldrüse.

Die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs und die Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist besonders hervorzuheben.

Der Klinik ist die zentrale Endoskopie zugeordnet, in der für alle Patienten am Standort Leipzig-Eutritzsch endoskopische Untersuchungen des Verdauungssystems zur Diagnostik und Therapie durchgeführt werden.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	Endoskopie
6	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

B-[27].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1421
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[27].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	128
2	K80	Cholelithiasis	92
3	K85	Akute Pankreatitis	71
4	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	58
5	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	48
6	K70	Alkoholische Leberkrankheit	48
7	E66	Adipositas	42

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	40
9	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	39
10	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	32

B-[27].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[27].7.1 OPS, 4-stellig

B-[27].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	2285
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	1124
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1094
4	5-469	Andere Operationen am Darm	577
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	525
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	493
7	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	472
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	383

B-[27].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Sonographie der Verdauungsorgane
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	Transkavitäre Sonographie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes: Dr. med. Ingo Wallstabe
2	Spezialambulanz - Endokrinologische Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	Behandlung von endokrinologische Erkrankungen: Dr. med. Jürgen Krug
3	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Gastroenterologie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Endoskopische diagnostische und therapeutische Eingriffe im Rahmen der vor- und nachstationären Betreuung
4	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Endokrinologische Erkrankungen
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
5	Spezialambulanz - Gastroenterologie
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Ingolf Schiefke
6	Spezialambulanz - Endokrinologische Erkrankungen
	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	Privatambulanz: Dr. med. Jürgen Krug
7	Hausärztlich internistische Ambulanz / DMP-Ambulanz
	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	Frau Susann Gebbers / Frau Dr. Patricia Tönnessen

B-[27].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[27].11 Personelle Ausstattung

B-[27].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 12,10

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	12,10	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	12,10
		Fälle je Anzahl:	117,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 5,40

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	5,40	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	5,40
		Fälle je Anzahl:	263,1

B-[27].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin und Gastroenterologie
	3 Fachärzte
2	Innere Medizin
	2 Fachärzte
3	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
	3 Facharzt

B-[27].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Proktologie
	2 Fachärzte
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	2 Fachärzte
3	Notfallmedizin
	1 Facharzt

B-[27].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 27,87

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	27,87	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	27,87
			Fälle je Anzahl:	51,0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,28

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,28	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,28
			Fälle je Anzahl:	1110,2

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

Gesamt: 0,21

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,21	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,21
			Fälle je Anzahl:	6766,7

B-[27].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Endoskopie
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

B-[27].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Dekubitusmanagement
3	Entlassungsmanagement
4	Ernährungsmanagement
5	Geriatrie
6	Kontinenzmanagement
7	Qualitätsmanagement
8	Schmerzmanagement
9	Stomamanagement
10	Sturzmanagement
11	Wundmanagement

B-[28] Klinik für Neurologie

B-[28].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Neurologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/neurologie.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. Torsten Kraya
Geschäftsführende Oberärztin (Neurologie): Dr. med. Ilka Schneider
Oberarzt: Jan Zinke
Oberarzt: Dr. med. Maximilian Stockinger
Pflegedienstleitung: Frau Raghad Alsaloum

Das klinische Spektrum umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen jeglicher Ursache. Alle neurologischen Therapien können hier durchgeführt oder in Zusammenarbeit mit anderen Kliniken und Zentren des Krankenhauses organisiert werden.
Seltene Spezialleistungen, wie die Implantation von Stimulatorsonden in das Gehirn (bspw. bei Patienten mit Parkinsonscher Erkrankung), die Spezialdiagnostik vor epilepsiechirurgischen Eingriffen oder die Diagnostik bei Nerven- und Muskelbiopsien werden nach der Erstdiagnostik in Kooperation mit regionalen Partnerkliniken weitergeführt.
Die bedeutendsten Patientengruppen sind Menschen mit epileptischen Anfällen, Schlaganfällen, Autoimmunerkrankungen (insbesondere Multiple Sklerose), Degenerationserkrankungen mit Bewegungsstörungen (Parkinsonsche Erkrankung) oder Hirnleistungsabbau (Demenz) und Schmerzen.

An Spezialbehandlungen, Methoden und Techniken werden durchgeführt:

- Klinische Differentialdiagnose
- Stroke Unit
- Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße extra- und transkraniell
- Schluck- und Sprachdiagnostik
- In der Abteilung für Neuroelektrodiagnostik werden alle wichtigen elektrodiagnostischen Untersuchungen bei Erwachsenen und Kindern durchgeführt (EEG, Schlafentzugs-EEG, evozierte Potentiale, EMG, ENG).

Die Klinik verfügt über 2 Bettenstationen mit insgesamt 36 Betten, davon 6 Betten in einer Schlaganfallintensivstation (Stroke Unit). Diese Schlaganfallspezialstation sichert die frühe Differentialdiagnose und komplexe Behandlung bei Hirninfarkten und Hirnblutungen. Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem Neubau und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (u.a. Bad/Dusche, TV, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsräume.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht.
Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Spektrum zur ambulanten Behandlung an. Wichtigstes Angebot dabei ist die Zentrale Notfall-Ambulanz mit einer 24h Präsenz von Neurologen.

Die Klinik für Neurologie verfolgt in Kooperation mit der Klinik für Neurochirurgie, der Neuroradiologie, der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, der Klinik für Akutgeriatrie, der Klinik für Gefäßchirurgie und der stationären Geriatrischen Rehabilitation ein neurologisch abgestimmtes Behandlungskonzept.

B-[28].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2800) Neurologie
2	(0156) Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
3	(2856) Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten

B-[28].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Torsten Kraya, Chefarzt
Telefon:	0341 9093701
Fax:	0341 9093700
E-Mail:	neurologie@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/neurologie.html

B-[28].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

In der Klinik für Neurologie werden alle neurologischen Diagnostiken und Therapien durchgeführt. Die bedeutendsten Patientengruppen sind Menschen mit epileptischen Anfällen, Schlaganfällen, Autoimmunerkrankungen (insbesondere Multiple Sklerose), Degenerationserkrankungen mit Bewegungsstörungen (Parkinsonsche Erkrankung) oder Hirnleistungsabbau (Demenz) und Schmerzen.

Zur Kernkompetenz gehört die neurologische Notfall- und Intensivmedizin, insbesondere die Behandlung von Schlaganfallpatienten auf einer speziellen Schlaganfallstation (Stroke Unit).

Zu den Behandlungsschwerpunkten gehören die Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen, sonstige neurovaskuläre Erkrankungen, entzündliche ZNS-Erkrankungen, neuroimmunologische Erkrankungen, Anfallsleiden, malignen Erkrankungen des Gehirns, Systematrophien (die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen), extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen, degenerative Krankheiten des Nervensystems, demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems, Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus, Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems und von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels.

In der Abteilung für Neuroelektrodiagnostik werden alle wichtigen elektrodiagnostischen Untersuchungen (EEG, Schlafentzugs-EEG, evozierte Potentiale, EMG, ENG) bei Erwachsenen und Kindern durchgeführt.

Die Klinik für Neurologie ist in Kooperation mit der neurologischen Klinik des Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH Zentrum des Telemedizinisches Schlaganfallnetzwerkes Nordwestsachsen. Ziel ist eine optimale flächendeckende Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Region. Dazu wurden Vereinbarungen mit 7 regionalen Krankenhäusern über die kooperative Diagnostik und Therapie unter

Nutzung der Telemedizin abgeschlossen.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
	ZNS = Zentrales Nervensystem
4	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
6	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
7	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
8	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
9	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
10	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
12	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
14	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
15	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
16	Schmerztherapie
	Diagnostik und Therapie neuropatischer Schmerzen

B-[28].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1588
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[28].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	426
2	G40	Epilepsie	164
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	123
4	I61	Intrazerebrale Blutung	54
5	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	45
6	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	37
7	H81	Störungen der Vestibularfunktion	31
8	G43	Migräne	31
9	G62	Sonstige Polyneuropathien	29
10	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	24

B-[28].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[28].7.1 OPS, 4-stellig

B-[28].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	1447
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	613
3	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	549
4	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	479
5	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	459

B-[28].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Neurologie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. Kraya

B-[28].11 Personelle Ausstattung

B-[28].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 10,77 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	10,77	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	10,77
		Fälle je Anzahl:	147,4

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 3,42

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	3,42	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	3,42
		Fälle je Anzahl:	464,3

B-[28].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Neurologie
	4 Fachärzte
2	Psychiatrie und Psychotherapie
	2 Fachärzte

B-[28].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	1 Facharzt
2	Sportmedizin
	1 Facharzt

B-[28].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 23,35

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	23,35	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	23,35
			Fälle je Anzahl:	68,0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,33

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,33	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,33
			Fälle je Anzahl:	1194,0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,28

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,28	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,28
			Fälle je Anzahl:	1240,6

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

Gesamt: 0,30

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,30	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,30
			Fälle je Anzahl:	5293,3

B-[28].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement

2 MA FWB Stroke Nurse

B-[28].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Geriatrie
5	Kontinenzmanagement
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Stroke Unit Care
10	Sturzmanagement
11	Wundmanagement

B-[29] Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

B-[29].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/strahlentherapie-und-radioonkologie.html

Chefarzt: Dr. med. André Liebmann
Leitender Oberarzt: Dr. med. Andreas Schepper
Pflegedienstleitung: Frau Raghad Alsaloum

Die Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, zertifiziert nach DIN ISO 9001:2015 und DKG , bietet ein breites Spektrum radioonkologischer Tumortherapien im interdisziplinären, multimodalen Therapiekonzept sowie traditionell die Strahlenbehandlung gutartiger Erkrankungen auf Grundlage nationaler und internationaler Standards und Leitlinien an. Ein erfahrenes, engagiertes interprofessionelles Team aus Fachärzten, Medizin-Physik-Experten, medizinisch-technischen Radiologieassistentinnen (MTRA), Pflegepersonal, Psychoonkologin, Sozialarbeiterin, Seelsorgerin, Musiktherapeutin, Ärztin für Komplementäre Medizin und weitere "gute Geister" haben das Ziel, neben hochspezialisierter Radioonkologie unseren Patienten eine ganzheitliche, psychoonkologische und soziale Unterstützung zu gewähren.

Im Jahr 2017 wurde eine speziell ausgestattete Brachytherapie-Einheit (HDR-Afterloadingverfahren) eingeweiht. Nunmehr kann unseren Patienten sowohl die alleinige als auch kombinierte Therapie (mit Perkutanbestrahlung ± Chemotherapie) angeboten werden.

Zur Behandlung für die jährlich ca.1000 neuen Patienten steht folgender moderner Gerätepark zur Verfügung:

- zwei Linearbeschleuniger (Artiste, Oncor) mit unterschiedlichen Energien (6 / 15 MV Photonen und 6-21 MeV Elektronen) für die Teletherapie
- HDR-Brachytherapie (Saginova®, Fa. Eckert & Ziegler)
- Intrabeam® - Gerät zur IORT (Fa. Zeiss)
- ein Halbtiefentherapiegerät
- ein eigener Computertomograf zur Bestrahlungsplanung
- ein Therapiesimulator
- mehrere Computersysteme für die Bestrahlungsplanung der Teletherapie (Oncentra OTP®, Varian Eclipse®, Helax-TMS)
- Bestrahlungsplanungssystem für die Brachytherapie (Sagiplan®)

Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in sanierten Gebäuden und verfügen über Bad/Dusche, TV, Telefon. Die Station hat großzügige Aufenthaltsräume.

Eine Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote gefördert und erreicht.

Die Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie bietet je nach Erfordernis sowohl die stationäre als auch ambulante Behandlung oder die Kombination aus Beidem an. Eine Tumornachsorge (etwa 2000 Fälle) und interdisziplinäre Sprechstunden runden das Angebot ab.

Das ausgeprägt interdisziplinäre Profil des Fachgebietes spiegelt sich in aktiver Beteiligung am Onkologischen Zentrum mit den integrierten Organzentren, täglichen, auch virtuellen Tumorkonferenzen und hoher Konsiliartätigkeit wider. Die Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie ist Hauptkooperationspartner aller im Onkologischen Zentrum integrierten DKG-zertifizierten Organzentren (Darmkrebs-, Brustkrebs-, Lungen- und Prostatakrebszentrum)
Unten genannte Diagnosen spiegeln alleinig unsere stationären Therapien wider.

B-[29].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3300) Strahlenheilkunde

B-[29].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. André Liebmann, Chefarzt
Telefon:	0341 9092801
Fax:	0341 9092821
E-Mail:	radioonkologie@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/strahlentherapie-und-radioonkologie.html

B-[29].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Neben den operativen Verfahren der Onkochirurgie (Krebsoperationen) und der internistischen Onkologie (Applikation von Chemotherapie) erfüllt gleichberechtigt die Strahlentherapie und Radioonkologie eine wichtige Rolle in der Therapie bösartiger Tumorerkrankungen.
Die Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie bietet ein breites Spektrum radioonkologischer Tumortherapien im interdisziplinären, multimodalen Therapiekonzept sowie traditionell die Strahlenbehandlung gutartiger Erkrankungen.

Das Leistungsspektrum umfasst folgende wesentliche Aufgaben:

- Stationäre und ambulante hochkonformale Radiotherapie sowie simultane Radiochemotherapie bösartiger Geschwulsterkrankungen
- HDR-Brachytherapie
- Intraoperative Radiotherapie mit Intrabeam beim Mammakarzinom
- Integration der Radiotherapie in multimodale Behandlungskonzepte
- Perkutane Radiotherapie gutartiger Erkrankungen
- Interdisziplinäre Tumornachsorge

Das spezielle Leistungsprofil des Strahlentherapiezentrums und der Bestrahlungsvorbereitung am Linearbeschleuniger enthält:

- Hochpräzisionsbestrahlung (RT) aller Tumorentitäten im Sinne adaptiver, bildgeführter Radiotherapie (Image Guided Radiotherapy-IGRT)
- intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)
- kombinierte, simultane Radio-/Radiochemotherapie (RT/ RCT) in kurativer oder palliativer

Zielsetzung stationär und ambulant
- HDR-Brachytherapie alleinig oder in Kombination mit Perkutanbestrahlung/Chemotherapie
- Bodystereotaxie
- hyperfraktionierte, akzelerierte RT/ RCT
- IORT (Intrabeam)
- Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen (Entzündungsbestrahlungen, Schmerzbestrahlung degenerativer Gelenkerkrankungen, endokrine Orbitopathie, gutartige Neubildungen)
- Teilnahme an Multicenterstudien
- Tumornachsorge, u.a. in interdisziplinären Sprechstunden mit anderen Fachdisziplinen, wie Klinik für Hals,- Nasen- und Ohrenkrankheiten, Klinik für Neurochirurgie, Klinik für Urologie
- volle Weiterbildungsberechtigung des Chefarztes für das Fachgebiet (60 Monate)

Als weitere Kompetenzen der Klinik sind zu nennen:

- Psychoonkologie, komplementäre Medizin, Musiktherapie
- Multimodale Therapiekonzepte, simultane Radio - Chemotherapie
- Native Sonographie
- Oberflächenstrahlentherapie
- Orthovoltstrahlentherapie (Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen)
- Hochvoltstrahlentherapie (Hochkonformale, adaptive Radiotherapie an Linearbeschleunigern)
- IORT (Intrabeam)
- Konstruktion und Anpassung von Fixations - und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
- Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
- Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie

Akademische Lehre:

- Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen (Ausbildung onkologischer Fachpflegekräfte; MTRA-Ausbildung)
- Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
- Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Oberflächenstrahlentherapie
2	Orthovoltstrahlentherapie
	Alleinstellungsmerkmal: IORT mit Intrabeam
3	Hochvoltstrahlentherapie
	2 Linac, IGRT, Cone beam-CT, simultane Radiochemo- u. Antikörpertherapie
4	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
	HDR-Afterloading (intracavitär, intraluminal und interstitiell)
5	Radioaktive Moulagen
6	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
7	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	eigenes CT
9	Spezialsprechstunde
	Interdisziplinäre Sprechstunden, Tumornachsorge, strahlenbiologische Beratung
10	Multimodale Therapiekonzepte
	simultane Radio- Chemotherapie (148 Patienten/ 1000 Applikationen)

	Medizinische Leistungsangebote
11	Psychoonkologie, komplementäre Medizin, Musiktherapie
12	Bodystereotaxie
13	HDR-Brachytherapie
	Alleinig oder in Kombination mit Perkutanbestrahlung/Chemotherapie
14	Native Sonographie

B-[29].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	382
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[29].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	91
2	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	49
3	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	45
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	40
5	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	16
6	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	12
7	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	11
8	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	11
9	C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	9
10	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	8

B-[29].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[31].7.1 OPS, 4-stellig

B-[29].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	5529
2	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	815
3	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	475
4	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	318
5	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	276
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	135
7	1-242	Audiometrie	78

B-[29].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Strahlentherapie und Radioonkologie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. med. André Liebmann

B-[29].11 Personelle Ausstattung

B-[29].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt:	7,30	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	7,30	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,30
			Fälle je Anzahl:	52,3

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt:	4,47			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	4,47	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	4,47
			Fälle je Anzahl:	85,5

B-[29].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Strahlentherapie
	4 Fachärzte
2	Innere Medizin
	1 Facharzt

B-[29].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[29].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt:	10,24			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	10,24	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	10,24
			Fälle je Anzahl:	37,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,00
			Fälle je Anzahl:	382,0

B-[29].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Pflege in der Onkologie
5	Casemanagement

B-[29].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	Zusatzqualifikationen
1	Dekubitusmanagement
2	Entlassungsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Palliative Care
6	Qualitätsmanagement
7	Schmerzmanagement
8	Stomamanagement
9	Sturzmanagement
10	Wundmanagement

B-[30] Zentrale Notfallaufnahme

B-[30].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrale Notfallaufnahme
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/notaufnahmen.html

Chefarzt: Dr. med. Stefanie Hanschke
Leitende Oberärztin: Dr. med. Anne Bley
Pflegedienstleitung: Sylvia Bredel

Die Zentrale Notaufnahme (ZNA) ist die erste Anlaufstelle für die Akutversorgung von Patienten.

Die ZNA als Ort der Akutversorgung von Patienten aller Fachrichtungen des Klinikums übt eine wichtige Funktion als Portal aus. Insbesondere die öffentliche Wahrnehmung der Klinik in der Bevölkerung wird maßgeblich durch die professionelle Arbeit gefördert.
Es gibt auf der Notaufnahmestation zusätzlich 4 Betten, in denen Patienten versorgt werden.

In der Zentralen Notaufnahme (ZNA) steht 24 Stunden ein erfahrenes medizinisches Team zur Versorgung von Patienten mit akuten Erkrankungen und Unfallverletzten bereit.

Das ärztliche Team ist interdisziplinär besetzt mit Fachärzten für Chirurgie, Innere Medizin/Nephrologie und Allgemeinmedizin sowie Ärzten in Weiterbildung (Innere Medizin). Die internistischen Ärzte in Weiterbildung werden aus dem Zentrum für Innere Medizin im Rotationsprinzip delegiert (halbjährlicher Wechsel).

Umfassende diagnostische Einrichtungen ermöglichen eine unverzügliche und zeitnahe Behandlung lebensbedrohlicher Verletzungen bzw. akuter Krankheitsbilder.

B-[30].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3792) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

B-[30].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Jochen Pega, Chefarzt
Telefon:	0341 9093430
Fax:	0341 9093422
E-Mail:	JochenAlexander.Pega@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/notaufnahmen.html

B-[30].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Schwerpunkte der Zentralen Notfallaufnahme liegen in der traumatologischen, chirurgischen und internistischen Erstversorgung der Bevölkerung.

Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit Ermächtigung des § 6 Verfahrens (Versorgung von Arbeitsunfällen) verfügt die ZNA über Spezialisten der Fachabteilungen Unfallchirurgie, Chirurgie und Innere Medizin. Unsere Ärzte werden von Fachärzten aus allen im Klinikum vorhandenen Fachgebieten unterstützt.

Die Zentrale Notfallaufnahme ist in der Lage, Patienten aller im Klinikum verfügbaren Fachrichtungen in allen Krankheitsschweregraden zu versorgen. Die apparative Ausstattung macht auch eine intensivmedizinische Erstversorgung der Patienten sowie operative Notfalleingriffe in der ZNA möglich.

In der Notaufnahme wird eine Erstuntersuchung vorgenommen und je nach Bedarf entsprechende Zusatzuntersuchungen durchgeführt (wie z.B. Laboruntersuchungen, EKG, Ultraschall, Röntgen, Computertomografie, MRT, usw.) Nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse entscheidet das Behandlungsteam über die weitere ambulante Behandlung oder eine stationäre Aufnahme. Falls eine Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich ist, werden die Patienten mit einer Therapieempfehlung nach Hause entlassen. Die weitere Behandlung übernimmt dann der Hausarzt oder ein Facharzt.

Als Teil des Traumazentrum und durch die Abbildung des kompletten internistischen Spektrums hat die ZNA auch überregional eine wachsende Bedeutung in der Patientenversorgung.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Notfallmedizin

B-[30].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	69
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[30].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	10
2	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	9
3	K29	Gastritis und Duodenitis	5
4	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4
5	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	4
6	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
7	K80	Cholelithiasis	< 4
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	< 4
9	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	< 4
10	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	< 4

B-[30].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[32].7.1 OPS, 4-stellig

B-[30].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	54
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	25
3	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	< 4

B-[30].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Zentrale Interdisziplinäre Notfallaufnahme
	Notfallmedizin
2	Chirurgische Sprechstunde
	Dr. med. Stefanie Hanschke
3	Chirurgische Sprechstunde
	Dr. med. Susanne Schmoz
4	Chirurgische Sprechstunde
5	Spezialambulanz - Chirurgie, Schwerpunkt Proktologie
	Privatambulanz: Dr. med. Stefanie Hanschke

B-[30].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	270
2	5-844	Operation an Gelenken der Hand	98
3	5-898	Operationen am Nagelorgan	31
4	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	9
5	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	8
6	5-843	Operationen an Muskeln der Hand	5
7	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	5
8	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	4
9	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	4
10	5-856	Rekonstruktion von Faszien	4

B-[30].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[30].11 Personelle Ausstattung

B-[30].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 14,02

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	14,02	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	14,02
		Fälle je Anzahl:	4,9

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 8,23

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	8,23	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	8,23
		Fälle je Anzahl:	8,4

B-[30].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Allgemeinchirurgie
	5 Fachärzte
2	Innere Medizin
	3 Fachärzte
3	Allgemeinmedizin
	1 Facharzt
4	Viszeralchirurgie
	1 Facharzt
5	Plastische und Ästhetische Chirurgie
	1 Facharzt

B-[30].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	1 Facharzt
2	Notfallmedizin
	4 Facharzt
3	Handchirurgie
	1 Facharzt

B-[30].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 25,87

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	25,87	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	25,87
			Fälle je Anzahl:	2,7

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 2,80

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	2,80	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,80
			Fälle je Anzahl:	24,6

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

Gesamt: 2,80

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	2,80	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,80
			Fälle je Anzahl:	24,6

B-[30].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
3	Praxisanleitung
4	Notfallpflege

B-[30].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[31] Klinik für Radiologie

B-[31].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Radiologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/diagnostische-und-interventionelle-radiologie.html

Chefarzt: Prof. Dr. med. Arnd-Oliver Schäfer
Leitender MTRA: Andreas Schaedlich

Die Klinik ist eine zentrale, interdisziplinäre Einrichtung für die bildgebende Diagnostik aller Kliniken und Spezialambulanzen und ist in dieser Funktion rund um die Uhr fachärztlich besetzt.

Die Modalitäten der diagnostischen Radiologie umfassen die konventionelle Röntgendiagnostik und Durchleuchtung, Mammographie, Mammasonographie, Ultraschalldiagnostik mit Doppler- und Duplexsonographie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, digitale Substraktionsangiographie und interventionelle Radiologie einschließlich der Subspezialisierung Kinderradiologie und einen spezialisierten, durch einen Chefarzt geleiteten, Fachbereich Neuroradiologie.

Digitale Bilderzeugung, Kommunikation und Archivierung (PACS) sind Voraussetzung für die Teleradiologie/Telemedizin. Teleradiologische Befundung spezieller Diagnostik außerhalb der Regeldienstzeit erfolgt für unseren Standort Leipzig-Grünau, die Kliniken des Muldentalkreises gGmbH Wurzen und Grimma, Kliniken Erlabrunn gGmbH, Kreiskrankenhaus Torgau "Johann Kentmann" gGmbH und das Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH.

Die Klinik bietet folgende Leistungen an:

- Sofortbefundung (0 - 24 Uhr)
- Volldigitalisierte Bilderzeugung und Verteilung (Kliniken und OP-Säle)
- Teleradiologie (Stadt Leipzig / Territorium)
- Klinische, videoassistierte Demonstrationen / Visiten
- Einbindung in verschiedene interdsiziplinäre Zentren
- Ärztliche und studentische Weiterbildung

Die Chefärzte verfügen über entsprechende Weiterbildungsermächtigungen in ihren Fachgebieten. Studentische Weiterbildung findet im Rahmen monatlicher Seminare und täglicher/wöchentlicher Röntgendemonstrationen statt.

B-[31].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3750) Angiologie
2	(3751) Radiologie

B-[31].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Arnd-Oliver Schäfer, Chefarzt
Telefon:	0341 9092701
Fax:	0341 9093721
E-Mail:	radiologie@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/diagnostische-und-interventionelle-radiologie.html

B-[31].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Versorgungsschwerpunkte der diagnostischen Radiologie umfassen die konventionelle Röntgendiagnostik und Durchleuchtung, Mammographie, Mammasonographie, Ultraschalldiagnostik mit Doppler- und Duplexsonographie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, digitale Substraktionsangiographie und interventionelle Radiologie einschließlich der Subspezialisierungen Kinderradiologie und einen spezialisierten, durch einen Chefarzt geleiteten, Fachbereich Neuroradiologie.

Im Rahmen des zertifizierten Brustzentrums am Klinikum sind die Mamma (Brust)-Diagnostik einschließlich Magnetresonanztomographie bzw. Punktionen, Stanzbiobsien, Galaktographien und computerassistierter stereotaktische Markierungen von sehr großer Bedeutung. Die spezialisierte Diagnostik von Schlaganfällen, arteriellen und venösen Gefäßen sowie Herz-Diagnostik erfolgt mittels Duplexsonographie, CT und MRT, ggf. mit bildgestützten Interventionen. Weiterhin von großer Bedeutung ist die Computer gestützte Bilddatenanalyse mit 3D- und 4D-Auswertung, die Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren, Arteriographie, Phlebographie und die Lymphographie.

Eine Auflistung der spezifischen Versorgungsschwerpunkte finden Sie in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht.

	Medizinische Leistungsangebote
1	Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	Native Sonographie
3	Eindimensionale Dopplersonographie
4	Duplexsonographie
	songraphisch gestützte diagnostische und therapeutische Interventionen
5	Sonographie mit Kontrastmittel
6	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
7	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
8	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
9	Computertomographie (CT), nativ
10	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
11	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	Cardio- CT, Volumen- CT, Diffusions- Perfusionsmessung, CT gestützte diagnostische und therapeutische Interventionen
12	Arteriographie
	PTA, Stent- Implantation einschließlich A. carotis, Aorten- Graft- Stents, lokale Lyse, Embolisation, Coiling intrakranieller Aneurysmata, TACE,SIRT
13	Phlebographie
	PTA und Stent- Implantationen, Rekanalisation von Dialyse- Shunts
14	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen

	Medizinische Leistungsangebote
15	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
16	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
17	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	Angio- MR, Pefusions- Diffusionswichtung, MR- Spektroskopie
18	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
19	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
20	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
21	Quantitative Bestimmung von Parametern
22	Spezialsprechstunde
23	Interventionelle Radiologie
24	Kinderradiologie
25	Neuroradiologie
26	Teleradiologie
27	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
28	Tumorembolisation

B-[31].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[31].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[34].7.1 OPS, 4-stellig

B-[31].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[31].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Radiologische und CT-Untersuchung
	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	Computertomographie (CT), nativ
	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	Konventionelle Röntgenaufnahmen
	Standort Grünau: Dipl.-med. Bettina Scharbert
2	Spezialambulanz - Sonographie
	Eindimensionale Dopplersonographie
	Native Sonographie
	Sonographie mit Kontrastmittel
	Ambulante Sonographie, Doppler-und Duplexsonographie extracranieller und tracranieller peripherer und abdominaler Gefäße: Dr. Alexander Polednia
3	Spezialambulanz - Mammographie
	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	Philipp Albert
4	Spezialambulanz - Konventionelle Röntgendiagnostik
	Konventionelle Röntgenaufnahmen
	Dr. med. Angelos Gazis
5	Spezialambulanz - MRT-Untersuchung (Ganzkörper) und CT-Untersuchung (Ganzkörper)
	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	Computertomographie (CT), nativ
	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	Prof. Dr. med. Arndt-Oliver Schäfer
6	Spezialambulanz - Pädiatrische Radiologie
	Kinderradiologie
	Dr. med. Alexander Polednia

7	Spezialambulanz - Bildgebende Diagnostik, MRT, CT, Sonographie-Leistungen
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Arnd-Oliver Schäfer

B-[31].11 Personelle Ausstattung

B-[31].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 16,69

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	16,69	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	16,69
		Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 10,74

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	10,74	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	10,74
		Fälle je Anzahl:	0,0

B-[31].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Radiologie
	10 Fachärzte
2	Radiologie, SP Neuroradiologie
	1 Facharzt
3	Radiologie, SP Kinderradiologie
	1 Facharzt
4	Nuklearmedizin
	1 Facharzt

B-[31].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	Dr. med. Alexander Polednia: Subspezialisierung Kinderradiologie

B-[32] Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin

B-[32].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

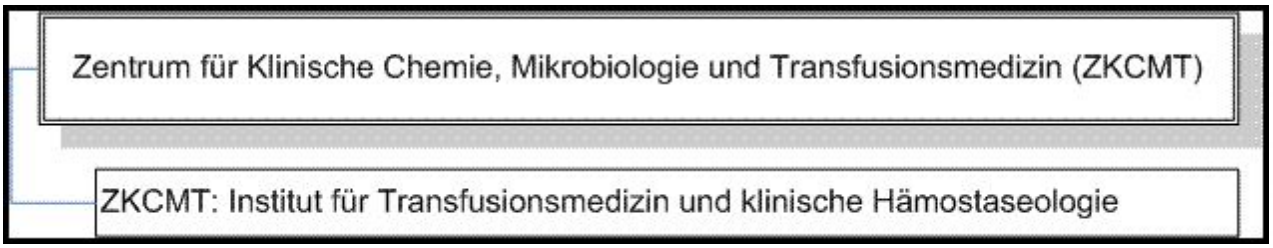
Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zkcmt-laborzentrum.html

Chefarzt: Dr. med. Stephan Borte
Leitende MTA: Kerstin Rolle, Sigrid Seiler

Das Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin übernimmt zentrale labordiagnostische Aufgaben für alle Patienten des Klinikums.

Der Kernbereich dieser Struktur ist das Zentrum für Klinische Chemie und Mikrobiologie, welcher nachfolgend beschrieben wird. Organisatorisch zugeordnet ist das Institut für Transfusionsmedizin und klinische Hämostaseologie, welches eigenständig chefärztlich geleitet und in diesem Qualitätsbericht gesondert beschrieben wird.

Das nachfolgende Organigramm verdeutlicht die Organisationsstruktur:



Das Zentrum für Klinische Chemie gliedert sich in die Abteilungen Klinische Chemie und Klinische Mikrobiologie. Diese Abteilungen umfassen Fachbereiche wie Klinische Chemie, Hämatologie, Klinische Immunologie, Infektionsserologie, Molekularbiologie und Mikrobiologie einschließlich Mykobakteriologie Parasitologie und Hygiene.

Das Zentrum verfügt über modernste Analysentechnik, Organisationstechnologien, über sehr gut ausgebildetes und motiviertes medizinisch-technisches und akademisches Personal. Die stabile und kontinuierliche labordiagnostische Versorgung des Klinikums an allen Standorten, die Anpassung des Leistungsspektrums labordiagnostischer Methoden in allen Fachbereichen des Labors an die aktuellen Erfordernisse sowie die Leistungserbringung für unsere externen Einsender werden gewährleistet. Alle Laboruntersuchungen im Rahmen der Klinischen Chemie stehen den Kliniken rund um die Uhr zur Verfügung, wobei das Labor durchgängig in drei Schichten, am Wochenende und an Feiertagen arbeitet.

Daneben unterhält das Labor Außenstellen in am Standort Leipzig-Grünau und im Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH in Wermsdorf.

Im Rahmen des Akademischen Lehrkrankenhauses der Universität Leipzig werden im ZKCMT ständige

Weiterbildungen für Ärzte im Praktischen Jahr und Ausbildungsassistenten durchgeführt.

B-[32].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3791) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(III)

B-[32].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Stephan Borte, Chefarzt
Telefon:	0341 909 3019
Fax:	0341 909 2522
E-Mail:	stephan.borte@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zkcmt-laborzentrum.html

B-[32].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[32].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Klinische Chemie, Mikrobiologie und klinische Hämostaseologie
	Labordiagnostik
	Dr. med. Andreas Pöge
2	Spezialambulanz - Patienten mit Gerinnungsstörungen
	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	Privatambulanz: Dr. med. Karin Liebscher

B-[32].11 Personelle Ausstattung

B-[32].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte			
Gesamt:	1,53	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,53	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,53
			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 1,53

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,53	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,53
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[32].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Laboratoriumsmedizin
	1 Facharzt

B-[33] Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie

B-[33].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zkcmt-laborzentrum.html

Chefarzt: Dr. med. Stephan Borte

Das Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie ist Teil des Zentrums für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin und versorgt die gesamte Klinikum St. Georg gGmbH mit Blutprodukten.

Der Laborbereich des Institutes gliedert sich in ein blutgruppenserologisches Labor und ein Gerinnungslabor.
Im Gerinnungslabor erfolgt die Bestimmung der Gerinnungsparameter für die Routine. Darüber hinaus bietet das Labor zahlreiche spezialisierte Methoden zur Abklärung von angeborenen oder erworbenen Blutungs- bzw. Thromboseneigungen an.

Alle Leistungen und Laboruntersuchungen im Rahmen von Bluttransfusionen bzw. Gerinnungsdiagnostik stehen den Kliniken rund um die Uhr zur Verfügung.
Durch Einsatz dieser Diagnostik und dem 24h/7 Tage verfügbaren transfusionsmedizinischen/ hämostaseologischen ärztlichen Konsiliardienst erfolgt jederzeit eine Patienten-individualisierte Hämotherapie (Patient Blood Management) in unserem Klinikum.

Eine spezielle Rohrpostanlage gewährleistet einen schnellen und sicheren Transport von Blutprodukten in alle Operationssäle und die Zentrale Notaufnahme.

Das Institut mit Laborbereich befindet sich im Haus 20 am Standort Leipzig-Eutritzsch.

B-[33].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[33].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Stephan Borte, Chefarzt
Telefon:	0341 909 3019
Fax:	0341 909 2531
E-Mail:	stephan.borte@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141

PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zkcmt-laborzentrum.html

B-[33].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[33].11 Personelle Ausstattung

B-[33].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt:	3,00	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt:	3,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[33].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Transfusionsmedizin
	3 Fachärzte

B-[33].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Hämostaseologie
	3 Fachärzte

B-[34] Institut für Pathologie und Tumordiagnostik

B-[34].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Pathologie und Tumordiagnostik
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/institut-fuer-pathologie-und-tumordiagnostik.html

Chefarzt: Dr. med. Volker Wiechmann
Leidender Oberarzt: Dipl.-Med. Andreas Plötner
Leitende MTA: Hella Oy

Das Institut für Pathologie und Tumordiagnostik deckt nahezu das gesamte Leistungsspektrum des Fachgebietes ab. Mit weit über 35 Jahren Tätigkeit im Fachgebiet verfügen Chefarzt Dr. Wiechmann und Oberarzt Plötner über eine ausgeprägte diagnostische Erfahrung. Alle ärztlichen Mitarbeiter sind für Rückfragen klinischer Kollegen ständig erreichbar. Das Leistungsspektrum wird mit den aktuellen diagnostischen Standards und den speziellen Anforderungen der Einsender abgestimmt.

In der konventionellen histologischen Diagnostik sind dem Institut, bei Anwendung zahlreicher Spezialfärbungen, alle gängigen Untersuchungsmaterialien (kleine und kleinste Biopsien, Operationspräparate) vertraut. Zum Arbeitsspektrum gehört u.a. routinemäßig die Bearbeitung von Untersuchungsgut der Fachgebiete Innere Medizin (hier insbesondere Gastroenterologie, Hepatologie und Hämatologie), Viszeralchirurgie, Endokrinologie, Orthopädie, Urologie, Gynäkologie und HNO-Heilkunde.

Intraoperative Schnellschnittuntersuchungen gehören zu den täglichen Arbeitsaufgaben und geben den Operateuren innerhalb von etwa 15 Minuten wichtige Informationen, die den weiteren Verlauf der Operation beeinflussen können.

Das Institut deckt ein breites Spektrum an praxisrelevanten Spezialuntersuchungen zur exakten Diagnostik von Tumorerkrankungen und zur Bestimmung von Prognosefaktoren ab. Für immunhistochemische Untersuchungen steht ein Panel von derzeit 120 Antikörpern zur Verfügung. Molekularpathologische Untersuchungsmethoden zur molekulargenetischen Charakterisierung von Tumoren werden selbst und/oder in Kooperation mit externen Partnern realisiert.

Zytologische Untersuchungen konzentrieren sich auf die Befundung von Ergüssen, Abstrichen und Punktaten (extragynäkologische Zytologie). An allen Materialien sind immunzytochemische Zusatzuntersuchungen möglich.

B-[34].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3792) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

B-[34].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Volker Wiechmann, Chefarzt
Telefon:	0341 909 2681
Fax:	0341 909 2686
E-Mail:	volker.wiechmann@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/institut-fuer-pathologie-und-tumordiagnostik.html

B-[34].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[34].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Pathologie
	Spezielle histologische Untersuchungen
	Dr. med. Volker Wiechmann

B-[34].11 Personelle Ausstattung

B-[34].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 6,13 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,13	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,13
			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 3,68

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,68	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,68
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[34].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Pathologie
	5 Fachärzte

B-[35] Abteilung für Krankenhaushygiene und Sicherheitsmanagement

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Abteilung für Krankenhaushygiene und Sicherheitsmanagement
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/partner-einweiser/qualitaet-und-hygiene/hygiene.html

Abteilungsleiter: Oberärztin Dr. med. Gerit Görisch

Diese Abteilung beschäftigt sich mit der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Gefahren, die sich für Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt und für das Personal bei der Arbeit mit dem Patienten ergeben können. Grundanliegen ist die Einhaltung der Anforderungen im Arbeitsprozess und im besonderen Maße die Vermeidung bzw. die Verminderung nosokomialer Infektionen sowie das vorbeugende Erkennen von Gefahrenstellen für Patienten und Personal.

Weiterhin ist die Abteilung Geschäftsstelle der Hygienekommission, des Arbeitsschutzausschusses sowie Initiator der Zertifizierung nach dem Arbeitsschutzmanagement System OHRIS für die Unternehmen der St. Georg Unternehmensgruppe.

Ein Instrument zur Durchsetzung und Aufrechterhaltung hygienischer Grundsätze und Forderungen der Normen, stellt auch die AG Hygiene des Klinikums dar. Zur Beobachtung dieser wichtigen Aspekte wurden in den verschiedenen Bereichen Hygiene- und Sicherheitsbeauftragte ausgebildet. Die ausgebildeten Mitglieder der genannten Arbeitsgruppen sind von der Unternehmensleitung berufen worden.

B-[35].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3792) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

B-[35].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Gerit Görisch, Oberärztin
Telefon:	0341 909 2031
Fax:	0341 909 2030
E-Mail:	gerit.goerisch@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/partner-einweiser/qualitaet-und-hygiene/hygiene.html

B-[35].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Medizinische Leistungsangebote
1	Qualitätssicherung der medizinischen Betreuung
	Fortschreiben von Hygienestandards; Hilfestellung bei Erarbeitung bereichsspezifischer Hygiene- und Desinfektionspläne; Vor-Ort-Begehungen/ Beratungen
2	Qualitätssicherung der medizinischen Betreuung
	Beurteilung, Einleitung / Veranlassung und Koordination von Maßnahmen bei Auftreten von Häufungen, Multiresistenzen und nosokomialer Infektionen; Überwachung medizin-technischer Geräte im Rahmen der Vorgaben des Robert-Koch-Institutes / Verband der Hygienefachkräfte Deutschlands
3	Epidemiologie / Infektionsschutz
	Erfassung von Häufungen, Erkennen von Zusammenhängen / Hilfestellung beim Ausbau von Vermeidungsstrategien bei Gefahr von Übertragungen
4	Gesundheitserziehung / Personalschutz
	berufsgruppenübergreifende Schulung der Mitarbeiter
5	Bauhygiene / Umweltschutz / Lebensmittelhygiene
6	Organisation, Durchführung, Auswertung von Begehungen zur internen Qualitätssicherung
7	Geschäftsführung Hygienekommission, des Arbeitsschutzausschusses und den Arbeitsgruppen Hygiene sowie Sicherheit

B-[35].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[35].11 Personelle Ausstattung

B-[35].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt: 1,00

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	1,00	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	1,00
		Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt: 1,00

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	1,00	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	1,00
		Fälle je Anzahl:	0,0

B-[35].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Hygiene und Umweltmedizin

B-[35].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[35].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	5,07			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,07	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	5,07
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[35].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Hygienefachkraft
	5,07 VK

B-[36] Geschäftsbereich Apotheke

B-[36].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Geschäftsbereich Apotheke
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/krankenhausapotheke.html

Geschäftsbereichsleiter: Dr. rer. nat. Maike Fedders

Die Krankenhausapotheke, als Zentrum der Pharmazeutischen Betreuung und Beratung, sorgt mit professioneller Logistik, modernster Technik und fundiertem Fachwissen für eine schnelle und kurzfristige Verfügbarkeit von qualitativ einwandfreien Arzneimitteln - und das sieben Tage die Woche, 24 Stunden am Tag.

Des Weiteren versorgt die Apotheke Stationen und Ambulanzen mit Infusionslösungen, Diätetika und Labordiagnostika und ermöglicht die Herstellung patientenindividueller Darreichungen.

Die Apotheke hält ein Sortiment von ca. 1.400 Medikamenten vorrätig, die in einer Arzneimittelliste aufgeführt sind. Des Weiteren ermöglicht die Apotheke, für die optimale Therapie von Patienten mit besonders komplexen oder schwierig zu behandelnden Erkrankungen, die Herstellung patientenindividueller Darreichungen. Alle Maßgaben der Wirtschaftlichkeit und Wissenschaft werden jeder Zeit bestmöglich und die des Rechts vollumfänglich berücksichtigt, um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Eine Risikobeurteilung für neue Produkte und eine Lieferantenbewertung werden durchgeführt.

Die Krankenhausapotheke ist seit 2009 nach DIN EN ISO 9001 : 2015 zertifiziert (erfolgreich rezertifiziert 2015 und 2018). Die Sie fungiert als Weiterbildungsstätte für Klinische Pharmazie und ist an folgenden interdisziplinären Zentren beteiligt:

- Onkologisches Zentrum
- Geriatriezentrum
- Studienzentren
- Transfusionskommission
- Hygienekommission
- Arzneimittelkommission

Leistungsspektrum im Überblick:

- schnelle und fehlerminimierte Belieferung der Stationen und Funktionsabteilungen durch die automatische Kommissionierung (KHT) der Arzneimittel
- elektronische Anforderungen (Consense) der Stationen unter Nutzung des Scann-Service durch die Apotheke
- Zytostatikaservice und Herstellung von patientenindividuellen Zubereitungen
- Überwachung der Arzneimittelsicherheit und Arzneimitteltherapiesicherheit
- Arzneimittelinformation
- Bearbeitung der Arzneimittel-Anamnese-Bögen

- Durchführung von Stationsbegehungen
- Chargendokumentation von Plasmapräparaten
- Ausbildung von Pharmaziestudenten
- zugelassene Weiterbildungsstätte für den Bereich Klinische Pharmazie
- Mitarbeit bei Arzneimittelstudien
- Arzneimittelverkauf an Mitarbeiter
- Betreuung eines sächsischen Depots für Großschadensfälle

B-[36].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[36].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. rer. nat. Maike Fedders, Chefapothekerin
Telefon:	0341 909 1200
Fax:	0341 909 1203
E-Mail:	maike.fedders@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/krankenhausapotheke.html

B-[36].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Medizinische Leistungsangebote
1	Arzneimittelherstellung
	aseptische patientenbezogene Herstellung (u.a. Zytostatika, TPN), chargenmäßige Herstellung von Arzneimitteln, Herstellung von patientenindividuellen Rezepturen
2	Therapiestandards
	Antibiotic Stewardship - Erarbeitung und Schulung von Standards zur antimikrobiellen Therapie
3	Pharmakovigilanz
	Visitenbegleitung, Arzneimittelanamnese, patientenindividuelles Therapiemonitoring im Bereich der Onkologie und Neonatologie
4	Arzneimittelinformation und -beratung
	Arzneimittelberatung für Ärzte und Pflegekräfte
5	Pharmazeutische Logistik
	bedarfsgerechte Versorgung des Klinikums mit Arzneimitteln
6	Arzneimitteltherapiesicherheit
	Unterstützung der Arzneimittelanamnese bei elektiven Patienten
7	Klinische Prüfungen
	Lagerung, Bereitstellung und Zubereitung von Arzneimitteln im Rahmen der klinischen Prüfungen
8	Entlassmanagement

B-[36].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

C Qualitätssicherung

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

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Kennzahl-ID	**101800**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,85 % - 0,89 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
Kennzahl-ID	**101801**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,13 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
Kennzahl-ID	**101802**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	98,2 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	210
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	210

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	54,68 % - 55,41 %

Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Kennzahl-ID	**101803**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchro-nisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründe-ten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschritt-macher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. 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 resynchronizati-on therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	93,99 % - 98,7 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	207
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	213
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	94,02 % - 94,36 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)

Kennzahl-ID	**2190**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,04 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

Kennzahl-ID	**2194**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte 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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,19 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,94 % - 6,06 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,66
Grundgesamtheit	213
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,18 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	91,38 % - 97,22 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	212
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	223
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	88,73 % - 89,15 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmaches im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.

Kennzahl-ID	**52305**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenann-ten 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 Fall-zahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,56 % - 98,64 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	768
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	785
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	95,23 % - 95,39 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Kennzahl-ID	**52311**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,5 % - 1,68 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
Kennzahl-ID	**54140**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründe-ten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschritt-macher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. 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 resynchroniza-tion therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,95 % - 99,9 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	181
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	182

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,43 % - 98,62 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten

Kennzahl-ID	**54141**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie 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 System-wahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adä-quaten 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 resynchroniza-tion thera-py. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,27 % - 99,44 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	179
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	182
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,51 % - 96,78 %

Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten

Kennzahl-ID	**54142**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie 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 Sys-temwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adä-quaten 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 resynchroniza-tion thera-py. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 2,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	182
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,07 % - 0,12 %

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie 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 dar-stellen. 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/eht150.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,68 % - 1,88 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID	**111801**
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,33 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Kennzahl-ID	**52307**
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenann-ten Qualitäts-index. 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 betrach-ten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu redu-zieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risi-ko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,11 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	95
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	95
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,21 % - 98,41 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID	**121800**
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 12,87 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	26
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,27 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,2 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Kennzahl-ID	**52315**
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	21
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,29 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Kennzahl-ID	**131801**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 1,13 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3
Grundgesamtheit	29
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,97 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID	**131802**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 11,03 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,08 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Kennzahl-ID	**131803**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	82,82 % - 99,39 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	54,58 % - 55,95 %

Anzahl an aufgetretenen Problemen. 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	**132001**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,04 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Anzahl an aufgetretenen Problemen. 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	**132002**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implan-tation gebracht werden können.
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen

Kennzahl-ID	**50005**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patien-ten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzli-chen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewer-tet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Ab-weichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren im-plantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Pre-vention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Car-diology (ESC). European Heart Journal36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	88,97 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,58 % - 97,05 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich	
Kennzahl-ID	**50055**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktu-ellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abwei-chungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implan-tiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the pre-vention of sudden cardiac death. The Task Force for the Manage-ment of Patients with Ventricu-lar Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	83,81 % - 99,43 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	91,37 % - 92,11 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert

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 (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,24 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird	
Kennzahl-ID	**52131**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	78,4 % - 96,32 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	43
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	90,71 % - 91,35 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Kennzahl-ID	**52316**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenann-ten 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 Defibril-lators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	93,83 % - 99,52 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	112
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	114
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,02 % - 96,31 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Kennzahl-ID	**52325**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 11,7 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,71 % - 0,97 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID	**141800**
Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,15 % - 0,34 %

Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenann-ten 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 System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Mes-sungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort-ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsys-tematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,37 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	102
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,87 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Kennzahl-ID	**151800**
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,17 % - 1,69 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**U32** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 50,24 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
Grundgesamtheit	17
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,38 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)

Kennzahl-ID	**52324**
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,46 % - 0,88 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff 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)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,07 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 3,04 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,21
Grundgesamtheit	82
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,15 %

Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Kennzahl-ID	**161800**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,94 % - 4,57 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % 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)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	97,13 % - 98,24 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,69 % - 99,47 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,53 % - 2,67 %

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,12 % - 3,98 %

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind	
Kennzahl-ID	**51859**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	2,63 % - 3,36 %

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Kennzahl-ID	**51860**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	3,2 % - 4,84 %

Verhältnis 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)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1 % - 1,29 %

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)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,22 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Kennzahl-ID	**52240**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	4,04 % - 11,8 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Kennzahl-ID	**603**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	88,97 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	31
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,88 % - 99,22 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht	
Kennzahl-ID	**604**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	92,73 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	49
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	99,59 % - 99,82 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 12,06 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	28
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,47 %

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff 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)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,73 % - 3,29 %

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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	7,35 % - 8,24 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**12874**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 8,97 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	39
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,09 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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 Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Kennzahl-ID	**51906**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 3,95 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,95
Grundgesamtheit	133
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,19 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter	
Kennzahl-ID	**52283**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 2,48 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	151

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	2,9 % - 3,12 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,42 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	67
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,02 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	19,41 % - 20,84 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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 (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	76,96 % - 95,27 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	46
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	88,23 % - 88,88 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**1058**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 10,43 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,43 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen

Kennzahl-ID	**181800**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,82 % - 0,97 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Kennzahl-ID	**318**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	80,74 % - 96,13 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	56
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,69 % - 97,13 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen (Frühgeborene, Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID	**321**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,71 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	1454
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %

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

Kennzahl-ID	**330**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	80,64 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	16
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,13 % - 96,97 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**50045**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,2 % - 97,76 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	426
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	442
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,94 % - 99,02 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Kennzahl-ID	**51397**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen".
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,45 % - 2,93 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,5
Grundgesamtheit	1454
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,05 %

Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (Frühgeborene wurden nicht miteinbezogen)

Kennzahl-ID	**51803**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,63 % - 1,92 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	10,86
Grundgesamtheit	1480
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,09 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Kennzahl-ID	**51831**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,11 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,73
Grundgesamtheit	111
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,16 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Kennzahl-ID	**52249**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,72 % - 0,84 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	438
Erwartete Ereignisse	563,01
Grundgesamtheit	1596
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1 % - 1,01 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen 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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,62 % - 10,13 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	97
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,79 % - 2,01 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Kennzahl-ID	**54030**
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	15,65 % - 32,27 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	96
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	10,86 % - 11,36 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A41** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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 Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,31 % - 1,04 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	15,55
Grundgesamtheit	87
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,17 % - 1,09 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	8,97
Grundgesamtheit	97
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,07 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	90,55 % - 98,85 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	86
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	89
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	97,16 % - 97,44 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert

Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Kennzahl-ID	**211800**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,2 % - 99,84 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	113
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	114
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	99,3 % - 99,43 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**2163**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	15
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,22 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Kennzahl-ID	**50719**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	8
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	3,59 % - 4,68 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**51370**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten als auch deren Angehörige in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 3,53 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	105
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	3,07 % - 3,38 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Kennzahl-ID	**51846**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	91,76 % - 98,2 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	148
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	154
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	97,82 % - 98,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Kennzahl-ID	**51847**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	84,07 % - 97,38 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	60
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,78 % - 97,16 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)	
Kennzahl-ID	**52268**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusam-menhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	16,03 % - 29,95 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	135
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	13,13 % - 13,66 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N02** - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)	
Kennzahl-ID	**52279**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	88,3 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,95 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)	
Kennzahl-ID	**52330**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	91,54 % - 99,72 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	63
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	99,35 % - 99,57 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden	
Kennzahl-ID	**60659**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	15,04 % - 29,16 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	127
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	11,06 % - 11,58 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**52009**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,59 % - 0,88 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	98
Erwartete Ereignisse	135,41
Grundgesamtheit	24557
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,06 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**52010**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0 % - 0 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**U32** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	🙂 verbessert

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

Kennzahl-ID	**521801**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,09 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	24557
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,06 %

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

Kennzahl-ID	**52326**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,26 % - 0,4 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	79
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	24557
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,33 %

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,06 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Kennzahl-ID	**191914**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,27 % - 1,44 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	7,93
Grundgesamtheit	163
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,04 %

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	91,97 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	97,58 % - 97,72 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	71,78 % - 92,43 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	46
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	93,02 % - 93,72 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**U33** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
Kennzahl-ID	**54003**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	17,49 % - 30,6 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	158
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	10,11 % - 10,59 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A41** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	90,99 % - 96,95 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	215
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	227

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	97,25 % - 97,4 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,84 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	23,51
Grundgesamtheit	190
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,04 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 11,03 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,07 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

Kennzahl-ID	**54015**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,3 % - 1,02 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	16,2
Grundgesamtheit	163
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Kennzahl-ID	**54016**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,42 % - 1,54 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	8,32 % - 30,6 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	42
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	6,59 % - 7,36 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	3,37 % - 10,92 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	163
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	4,56 % - 4,9 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	3,59 % - 21,16 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	2,21 % - 2,35 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**U32** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
Kennzahl-ID	**54120**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,73 % - 3,31 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	8,02
Grundgesamtheit	46
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,05 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**S99** - Sonstiges: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Kennzahl-ID	**50481**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	3,44 % - 4,11 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	89,57 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,05 % - 98,2 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	77,19 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	97,17 % - 97,59 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	76,39 % - 99,11 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	20
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	94,01 % - 94,81 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,17 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
Kennzahl-ID	**54123**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 7,41 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,12 % - 1,23 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 7,41 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,9 % - 0,99 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	4,09 % - 4,81 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 7,71 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	46
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,78 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Kennzahl-ID	**50050**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 3,42 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,99
Grundgesamtheit	29
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,09 %

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID	**50052**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 3,87 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,84
Grundgesamtheit	21
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,07 %

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID	**50053**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,27 %

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID	**50060**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,86 % - 0,97 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand, die während oder nach der Beatmung aufgetreten ist

Kennzahl-ID	**50062**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre QI soll, trotz Nicht-Vergleichbarkeit des QI-Ergebnisses zu den Vorjahren, auch für das EJ 2020 zur Veröffentlichung empfohlen werden, da durch Anpassungen der Datenfelder, die Abfrage zu einem Pneumothorax klarer definiert und präzisiert wurde.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 0,78 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,83
Grundgesamtheit	160
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,94 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Ein Hörtest wurde durchgeführt

Kennzahl-ID	**50063**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,37 % - 99,23 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	350
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	356
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	97,97 % - 98,14 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID	**50069**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 2,66 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,27
Grundgesamtheit	28
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Lebendgeborenen , bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID	**50074**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,36 % - 1,39 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	11,19
Grundgesamtheit	332
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)

Kennzahl-ID	**51070**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 1,13 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	336
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,34 % - 0,42 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID	**51076**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfBei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 11,7 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	2,95 % - 3,66 %

Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID	**51078**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfBei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	21
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	2,82 % - 3,71 %

Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID	**51079**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfBei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	6,12 % - 7,28 %

Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID	**51832**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfBei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 11,7 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	3,88 % - 4,68 %

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID	**51837**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 3,2 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,06
Grundgesamtheit	29
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,18 %

Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Kennzahl-ID	**51838**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfBei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 11,7 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1,71 % - 2,23 %

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID	**51843**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfEine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,33 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,64
Grundgesamtheit	29
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,04 %

Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten

Kennzahl-ID	**51901**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgebo-rene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnis-qualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	—
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1 % - 1,11 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Kennzahl-ID	**52262**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	4,73 % - 23,04 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	46
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	9,64 % - 10,63 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**2005**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	93,92 % - 97,88 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	347
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	360
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,73 % - 98,81 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh 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
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,25 % - 98,17 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	326
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	337
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,79 % - 98,87 %

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
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	73,2 % - 97,58 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	23
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	97,25 % - 97,81 %

Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Kennzahl-ID	**2009**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	76,74 % - 87,31 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	162
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	196
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	93,08 % - 93,34 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**D50** - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	🡻 verschlechtert

Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen	
Kennzahl-ID	**2013**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	82,28 % - 92,48 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	136
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	154
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	92,49 % - 92,79 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**D50** - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verschlechtert

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist

Kennzahl-ID	**2028**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	84,39 % - 92,73 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	191
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	214
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,41 % - 96,58 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A41** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Kennzahl-ID	**2036**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,26 % - 99,71 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	189
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	191
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,62 % - 98,73 %

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Kennzahl-ID	**231900**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	17,68 % - 28,44 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	52
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	230
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	15,35 % - 15,69 %

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Kennzahl-ID	**232000_2005**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	92,18 % - 97,62 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	220
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	230
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,63 % - 98,73 %

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Kennzahl-ID	**232001_2006**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	92,34 % - 97,81 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	209
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	218

Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,69 % - 98,8 %

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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Kennzahl-ID	**232002_2007**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	64,61 % - 98,51 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,41 % - 97,26 %

Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).

Kennzahl-ID	**232003_2009**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	74,29 % - 83,4 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	240
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	303
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	82,89 % - 83,19 %

Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Kennzahl-ID	**232004_2013**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	74,57 % - 89,75 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	76
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	91
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	92,52 % - 92,87 %

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Kennzahl-ID	**232005_2028**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	76,22 % - 89,44 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	99
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	118
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	95,77 % - 96 %

Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Kennzahl-ID	**232006_2036**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,26 % - 100 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	99
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	99
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	98,57 % - 98,71 %

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	**232007_50778**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,41 % - 2,36 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	26,67
Grundgesamtheit	324
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %

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

Kennzahl-ID	**232008_231900**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	14,17 % - 22,06 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	64
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	360
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	16,92 % - 17,2 %

Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Kennzahl-ID	**232009_50722**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	87,19 % - 94,53 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	206
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	225
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,63 % - 96,79 %

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.

Kennzahl-ID	**232010_50778**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Ver-öffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätser-gebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdfDas Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpas-sungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter fol-gendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,43 % - 1,6 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	9,43
Grundgesamtheit	117
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %

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
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	90,47 % - 95,64 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	332
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	355
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	96,69 % - 96,82 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A41** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Kennzahl-ID	**50778**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefre Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,79 % - 3,09 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	17,24
Grundgesamtheit	207
Bundesergebnis	
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**D50** - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↳ verschlechtert

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

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

☐	Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
☑	Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

	Disease Management Programm
1	Asthma bronchiale
2	Brustkrebs
3	Diabetes mellitus Typ 1
4	Diabetes mellitus Typ 2
5	Koronare Herzkrankheit (KHK)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

An dieser Stelle möchten wir Ihnen beispielhaft einige Projekte vorstellen, an denen sich die Kliniken der Klinikum St. Georg gGmbH im Rahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen:

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

- Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft als Brustzentrum und nach DIN ISO 9001:2015

Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

- Teilnahme an regelmäßigen HNO-Fortbildungen mit QS-Management des Berufsverbandes
- Auswertung der Ergebnisse von hörverbessernden Operationen
- Auswertung der Ergebnisse von Operationen zur Verbesserung der Nasenatmung
- Regelmäßige Chef- und Oberarztvisiten zur Qualitätssicherung der operativen Ergebnisse
- Regelmäßige interdisziplinäre Tumorkonferenz im Hause, in ausgewählten Fällen mit dem Universitäts-Tumorboard
- Zertifizierung durch die Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e.V. als Zentrum für Schädelbasischirurgie

Klinik für Neurochirurgie

- Zertifizierung durch die Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e.V. als Zentrum für Schädelbasischirurgie

Klinik für Gefäßchirurgie

- Teilnahme am bundesweiten Qualitätsmanagment Carotischirurgie
- Teilnahme an der Auswertung der Ergebnisse der Aortenchirurgie im Rahmen der "Gesellschaft für Gefäßchirurgie u. Gefäßmedizin"

Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

- Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft als Viszeralonkologisches Zentrum und nach DIN ISO 9001:2015
- die Klinik nimmt gemeinsam mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie als Viszeralonkolgisches Zentrum am Benchmark über das Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin, Magdeburg teil
- ein regelmäßiger Bericht liegt jeweils im November für das zurückliegende Kalenderjahr vor
- Qualitätsmanagement im Rahmen der Zertifizierung durch die Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)

Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin

- Teilnahme an der Qualitätssicherung im Rahmen des Telemedizinischen Kardionetzwerks Westsachsen
- Qualitätssicherung im Rahmen der Zertifizierung der Brustschmerzeinheit (CPU) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
- zertifizierte Herzinsuffizienz-Ambulanz

Klinik für Pulmologie und Intensivmedizin

- Qualitätszirkel im Rahmen des zertifizierten Lungenkrebszentrums (quartalsweise)
- Qualitätszirkel im Verbund pneumologischer Kliniken
- Wöchentliche Tumorkonferenzen mit Thoraxchirurgen und Strahlentherapeuten zur Qualitätssicherung
- Wöchentliche Visiten durch Chefarzt und Oberarzt zur Qualitätssicherung der Behandlungen
- Weiterbildung über spezielle pneumologische und onkologische Themen (wöchentlich)
- Teilnahme an der Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)
- zertifiziertes Weaning-Zentrum
- Zertifizierung der gesamten Klinik nach DIN 9001: ISO 2015

Zentrum für Klinische Chemie und Mikrobiologie und Transfusionsmedizin

- Qualitätskontrollsystem nach den aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK)

Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie

- Zertifizierung der gesamten Klinik nach DIN 9001: ISO 2015
- Teilnahme an den Audits der DKG des Brustzentrums, des Viszeralonkolokischen Zentrums (Magen/Darm) und des Lungenkrebszentrums
- Teilnahme an Evaluierungen der DGAI

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

- Teilnahme am Traumaregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Zertifizierung im Rahmen des Traumanetzwerkes
- Zertifizierung als Endoprothetikzentrum
- Teilnahme am Endoprothesenregister der Deutsches Endoprothesenregister gGmbH (EPRD)

Klinik für Neurologie

- Teilnahme an der Qualitätssicherung der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG)
- Zertifizierung der Überregionalen Stroke Unit (Schlaganfalleinheit)

Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

- Zertifizierung nach DIN ISO 9001: 2015
- Teilnahme an der Qualitätssicherung Neuroradiologie der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

- Zertifizierung der DKG als Viszeralonkologisches Zentrum (Magen/ Darm)

Klinik für Thoraxchirurgie

- Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft als Lungenkrebszentrum und nach DIN ISO 9001:2015

Klinik für Plastische und Handchirurgie mit Schwerbrandverletztenzentrum

- Zertifiziertes Handtraumazentrum

Zentrale Sterilisation

- Zertifizierung nach DIN ISO 13485

Institut für Pathologie und Tumordiagnostik

- Zertifizierung nach DIN ISO 9001: 2015

Geschäftsbereich Apotheke

- Zertifizierung nach DIN ISO 9001: 2015

Abteilung für Nephrologie

- Schwerpunktklinik der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie
- Hochdruckzentrum

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

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

Bezeichnung:	**Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1**
Erbrachte Menge:	16
Begründung:	

Bezeichnung:	**Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus**
Erbrachte Menge:	18
Begründung:	

Bezeichnung:	**Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas**

Erbrachte Menge:	27
Begründung:	

Bezeichnung:	**Kniegelenk-Totalendoprothesen**
Erbrachte Menge:	45
Begründung:	MM02: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es bis spätestens 31. Dezember 2017 diesen Leistungsbereich neu aufgebaut hat und ein Übergangszeitraum von 36 Monate eingeräumt wurde.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Bezeichnung:	**Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1**
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	16
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	6
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	**Kniegelenk-Totalendoprothesen**
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	45
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	20
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein

Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein
Bezeichnung:	**Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas**
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	27
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	23
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	**Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus**
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	18
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	12
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

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

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	Vereinbarung
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma

	Vereinbarung
2	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinatalzentrum LEVEL 1
	Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL:

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

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen:	237
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	194
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	170

* 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).

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	**Geriatrie**
Station:	AGER Station 10I - SE10.1
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Geriatrie**
Station:	AGER Station 10I - SE10.1
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	KAIM Station 6ErdB - SE06.0B1 - ITS (internistisch)
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100

Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	KAIM Station 6ErdB - SE06.0B1 - ITS (internistisch)
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	KAIS Station 20IA - SE20.1.1 - ITS (chirurgisch)
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	KAIS Station 20IA - SE20.1.1 - ITS (chirurgisch)
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	SBVZ Station 21Erd - SE21.0.7
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	SBVZ Station 21Erd - SE21.0.7
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Kardiologie**
Station:	KAIM Station 6I - SE06.1
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Kardiologie**

Station:	KAIM Station 6I - SE06.1
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	50
Ausnahmetatbestände:	2

Der pflegesensitive Bereich:	**Kardiologie**
Station:	KAIM Station 6II - SE06.2
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Kardiologie**
Station:	KAIM Station 6II - SE06.2
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	ORTHO Station 20IIIB - SE20.3B
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	ORTHO Station 20IIIB - SE20.3B
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	SE20.3B
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	SE20.3B
Schicht:	Nachtschicht

Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	Station 20 III B
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	Station 20 III B
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	UCH Station 1-Erd - SE01.0
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	UCH Station 1-Erd - SE01.0
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	UCH Station 20IVB - SE20.4B
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	UCH Station 20IVB - SE20.4B
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100

Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	**Geriatrie**
Station:	AGER Station 10I - SE10.1
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	95

Der pflegesensitive Bereich:	**Geriatrie**
Station:	AGER Station 10I - SE10.1
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	67

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	KAIM Station 6ErdB - SE06.0B1 - ITS (internistisch)
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	KAIM Station 6ErdB - SE06.0B1 - ITS (internistisch)
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	97

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	KAIS Station 20IA - SE20.1.1 - ITS (chirurgisch)
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	KAIS Station 20IA - SE20.1.1 - ITS (chirurgisch)
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	SBVZ Station 21Erd - SE21.0.7
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Intensivmedizin**
Station:	SBVZ Station 21Erd - SE21.0.7
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Kardiologie**
Station:	KAIM Station 6I - SE06.1
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	83

Der pflegesensitive Bereich:	**Kardiologie**
Station:	KAIM Station 6I - SE06.1
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	18

Der pflegesensitive Bereich:	**Kardiologie**
Station:	KAIM Station 6II - SE06.2
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	98

Der pflegesensitive Bereich:	**Kardiologie**
Station:	KAIM Station 6II - SE06.2
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	63

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	ORTHO Station 20IIIB - SE20.3B
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	ORTHO Station 20IIIB - SE20.3B
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	SE20.3B

Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	SE20.3B
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	87

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	UCH Station 1-Erd - SE01.0
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	UCH Station 1-Erd - SE01.0
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	98

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	UCH Station 20IVB - SE20.4B
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Unfallchirurgie**
Station:	UCH Station 20IVB - SE20.4B
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Neurologie**
Station:	NK Station 56 - SE 56.0
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	**Neurologie**
Station:	NK Station 56 - SE 56.0
Schicht:	Nachtschicht

Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	**Neurologie Schlaganfalleinheit**
Station:	NK NK Stroke Unit - SE 20.1.3
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	55

Der pflegesensitive Bereich:	**Neurologie Schlaganfalleinheit**
Station:	NK NK Stroke Unit - SE 20.1.3
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	67