Klinikum | St.GEORG

Strukturierter Qualitätsbericht

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

Berichtsjahr 2018

Klinikum St. Georg gGbmH

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 9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 11
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 11
A-10 Gesamtfallzahlen 11
A-11 Personal des Krankenhauses 12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 18
A-13 Besondere apparative Ausstattung 29
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 30
B-[1] Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie 30
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 30
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 32
B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 33
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 33
B-[2] Abteilung für Anästhesiologie und perioperatives Management 34
B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 34
B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel 35
B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 35
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 35
B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 37
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 38
B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 38
B-[2].11 Personelle Ausstattung 38
B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen 38
B-[2].11.2 Pflegepersonal 38
B-[3] Abteilung für interdisziplinäre Intensivmedizin 40
B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 40
B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel 41
B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 41
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 41
B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 42
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 42
B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD 42
B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 42
B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 42
B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren 43
B-[3].11 Personelle Ausstattung 43
B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen 43
B-[3].11.2 Pflegepersonal 45
B-[4] Abteilung für Palliativmedizin 46
B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 46
B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel 46
B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 46
B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 47

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 47
B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 47
B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 47
B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 48
B-[4].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 48
B-[4].11 Personelle Ausstattung ... 48
B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 48
B-[4].11.2 Pflegepersonal ... 49
B-[5] Abteilung für Schmerztherapie ... 50
B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 50
B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 50
B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 51
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 51
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 52
B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 52
B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 52
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 52
B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 52
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 52
B-[5].11 Personelle Ausstattung ... 53
B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 53
B-[5].11.2 Pflegepersonal ... 54
B-[6] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie ... 55
B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 55
B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 56
B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 56
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 57
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 58
B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 58
B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 58
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 ... 62
B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 62
B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 63
B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 63
B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 63
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 ... 70
B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 70
B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 70

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 70
B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 71
B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 72
B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD 73
B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 73
B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 73
B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 73
B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 73
B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 73
B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 73
B-[8].11 Personelle Ausstattung 74
B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen 74
B-[8].11.2 Pflegepersonal 75
B-[9] Abteilung für Spezialisierte Septische Chirurgie 76
B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 76
B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel 76
B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 76
B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 77
B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 79
B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD 79
B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 79
B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 79
B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 79
B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 79
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 79
B-[9].11 Personelle Ausstattung 80
B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen 80
B-[9].11.2 Pflegepersonal 81
B-[10] Klinik für Neurochirurgie 82
B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 82
B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel 83
B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 83
B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 83
B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 85
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 86
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 86
B-[10].11 Personelle Ausstattung 86
B-[10].11. Ärzte und Ärztinnen 86
B-[10].11. Pflegepersonal 88
B-[11] Klinik für Plastische und Handchirurgie mit Schwerbrandverletztenzentrum 89
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 89
B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel 90
B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 90
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 90
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 93
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD 94
B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 94
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 94
B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 94
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 94
B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 95
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 95

B-[11].11 Personelle Ausstattung 95
B-[11].11.Ärzte und Ärztinnen 95
B-[11].11.Pflegepersonal 96
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 98
B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 98
B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 98
B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD 100
B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 100
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 100
B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 100
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 100
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 100
B-[12].11 Personelle Ausstattung 101
B-[12].11.Ärzte und Ärztinnen 101
B-[12].11.Pflegepersonal 102
B-[13] Klinik für Thoraxchirurgie 103
B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 103
B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel 104
B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 104
B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 104
B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 106
B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD 106
B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 106
B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 106
B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 106
B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 107
B-[13].11 Personelle Ausstattung 107
B-[13].11.Ärzte und Ärztinnen 107
B-[13].11.Pflegepersonal 108
B-[14] Klinik für Gefäßchirurgie 109
B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 109
B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel 110
B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 110
B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 110
B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 111
B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD 111
B-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 111
B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 111
B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 111
B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 111
B-[14].11 Personelle Ausstattung 112
B-[14].11.Ärzte und Ärztinnen 112
B-[14].11.Pflegepersonal 113
B-[15] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe 114
B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 114
B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel 115
B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 115
B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 115
B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 116
B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD 116
B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 116

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 116
B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 116
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 117
B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 117
B-[15].11 Personelle Ausstattung ... 118
B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 118
B-[15].11.2 Pflegepersonal ... 119
B-[16] Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde ... 121
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 121
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 122
B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 122
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 122
B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 124
B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 124
B-[16].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 124
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 124
B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 124
B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 125
B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 125
B-[16].11 Personelle Ausstattung ... 126
B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 126
B-[16].11.2 Pflegepersonal ... 127
B-[17] Belegabteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ... 128
B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 128
B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 129
B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 129
B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 129
B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 130
B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 130
B-[17].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 130
B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 132
B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 132
B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 132
B-[17].11 Personelle Ausstattung ... 132
B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 132
B-[17].11.2 Pflegepersonal ... 133
B-[18] Klinik für Urologie und Andrologie ... 134
B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 134
B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 135
B-[18].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 135
B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 135
B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 137
B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 137
B-[18].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 137
B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 138
B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 138
B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 138
B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 138
B-[18].11 Personelle Ausstattung ... 139
B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 139
B-[18].11.2 Pflegepersonal ... 139
B-[19] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ... 141
B-[19].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 141
B-[19].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 143
B-[19].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 143
B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 144

B-[19].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 145
B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 145
B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 145
B-[19].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 145
B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 145
B-[19].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 145
B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 147
B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 147
B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 147
B-[19].11 Personelle Ausstattung ... 148
B-[19].11.Ärzte und Ärztinnen ... 148
B-[19].11.Pflegepersonal ... 149
B-[20] Abteilung für Neonatologie ... 151
B-[20].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 151
B-[20].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 152
B-[20].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 152
B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 152
B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 153
B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 153
B-[20].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 153
B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 153
B-[20].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 153
B-[20].11 Personelle Ausstattung ... 155
B-[20].11.Ärzte und Ärztinnen ... 155
B-[20].11.Pflegepersonal ... 156
B-[21] Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin ... 158
B-[21].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 158
B-[21].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 159
B-[21].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 159
B-[21].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 159
B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 160
B-[21].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 160
B-[21].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 160
B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 160
B-[21].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 160
B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 161
B-[21].11 Personelle Ausstattung ... 161
B-[21].11.Ärzte und Ärztinnen ... 161
B-[21].11.Pflegepersonal ... 162
B-[22] Klinik für internistische Onkologie und Hämatologie ... 164
B-[22].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 164
B-[22].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 165
B-[22].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 165
B-[22].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 165
B-[22].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 166
B-[22].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 166
B-[22].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 166
B-[22].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 166
B-[22].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 166
B-[22].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 167
B-[22].11 Personelle Ausstattung ... 167
B-[22].11.Ärzte und Ärztinnen ... 167
B-[22].11.Pflegepersonal ... 168
B-[23] Klinik für Akutgeriatrie mit geriatrischer Tagesklinik ... 169
B-[23].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 169

B-[23].1.1 Fachabteilungsschlüssel 170
B-[23].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 170
B-[23].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 170
B-[23].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 172
B-[23].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 172
B-[23].6 Hauptdiagnosen nach ICD 173
B-[23].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 173
B-[23].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 173
B-[23].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 173
B-[23].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 173
B-[23].11 Personelle Ausstattung 174
B-[23].11.. Ärzte und Ärztinnen 174
B-[23].11.. Pflegepersonal 175
B-[24] Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie 177
B-[24].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 177
B-[24].1.1 Fachabteilungsschlüssel 178
B-[24].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 178
B-[24].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 178
B-[24].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 179
B-[24].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 179
B-[24].6 Hauptdiagnosen nach ICD 179
B-[24].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 179
B-[24].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 180
B-[24].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 180
B-[24].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 180
B-[24].11 Personelle Ausstattung 181
B-[24].11.. Ärzte und Ärztinnen 181
B-[24].11.. Pflegepersonal 182
B-[25] Abteilung für Nephrologie 183
B-[25].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 183
B-[25].1.1 Fachabteilungsschlüssel 184
B-[25].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 184
B-[25].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 184
B-[25].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 185
B-[25].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 185
B-[25].6 Hauptdiagnosen nach ICD 187
B-[25].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 187
B-[25].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 187
B-[25].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 187
B-[25].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 187
B-[25].11 Personelle Ausstattung 188
B-[25].11.. Ärzte und Ärztinnen 188
B-[25].11.. Pflegepersonal 189
B-[26] Abteilung für Rheumatologie 190
B-[26].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 190
B-[26].1.1 Fachabteilungsschlüssel 190
B-[26].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 190
B-[26].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 191
B-[26].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 191
B-[26].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 191
B-[26].6 Hauptdiagnosen nach ICD 192
B-[26].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 192

B-[26].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 192
B-[26].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 192
B-[26].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 193
B-[26].11 Personelle Ausstattung ... 193
B-[26].11. Ärzte und Ärztinnen ... 193
B-[26].11. Pflegepersonal ... 194
B-[27] Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie ... 195
B-[27].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 195
B-[27].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 195
B-[27].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 196
B-[27].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 196
B-[27].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 196
B-[27].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 197
B-[27].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 197
B-[27].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 197
B-[27].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 197
B-[27].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 198
B-[27].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 198
B-[27].11 Personelle Ausstattung ... 199
B-[27].11. Ärzte und Ärztinnen ... 199
B-[27].11. Pflegepersonal ... 200
B-[28] Klinik für Neurologie ... 201
B-[28].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 201
B-[28].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 202
B-[28].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 202
B-[28].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 202
B-[28].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 204
B-[28].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 204
B-[28].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 204
B-[28].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 205
B-[28].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 205
B-[28].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 205
B-[28].11 Personelle Ausstattung ... 206
B-[28].11. Ärzte und Ärztinnen ... 206
B-[28].11. Pflegepersonal ... 207
B-[29] Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin ... 208
B-[29].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 208
B-[29].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 209
B-[29].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 209
B-[29].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 209
B-[29].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 210
B-[29].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 210
B-[29].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 210
B-[29].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 210
B-[29].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 211
B-[29].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 211
B-[29].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 211
B-[29].11 Personelle Ausstattung ... 212
B-[29].11. Ärzte und Ärztinnen ... 212
B-[29].11. Pflegepersonal ... 213
B-[30] Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie ... 215
B-[30].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 215
B-[30].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 216
B-[30].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 216
B-[30].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 216

B-[30].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 218
B-[30].6 Hauptdiagnosen nach ICD 218
B-[30].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 218
B-[30].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 218
B-[30].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 218
B-[30].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 218
B-[30].11 Personelle Ausstattung 219
B-[30].11. Ärzte und Ärztinnen 219
B-[30].11. Pflegepersonal 220
B-[31] Zentrale Notfallaufnahme 221
B-[31].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 221
B-[31].1.1 Fachabteilungsschlüssel 221
B-[31].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 221
B-[31].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 222
B-[31].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 222
B-[31].6 Hauptdiagnosen nach ICD 223
B-[31].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 223
B-[31].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 223
B-[31].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 223
B-[31].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 223
B-[31].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 223
B-[31].11 Personelle Ausstattung 223
B-[31].11. Ärzte und Ärztinnen 224
B-[31].11. Pflegepersonal 225
B-[32] Verbund Gemeindenahe Psychiatrie 226
B-[32].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 226
B-[32].1.1 Fachabteilungsschlüssel 226
B-[32].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 227
B-[32].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 227
B-[32].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 231
B-[32].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 231
B-[32].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 231
B-[32].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 231
B-[32].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 231
B-[32].11 Personelle Ausstattung 232
B-[32].11. Ärzte und Ärztinnen 232
B-[32].11. Pflegepersonal 233
B-[32].11. Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 233
B-[33] Klinik für Radiologie 235
B-[33].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 235
B-[33].1.1 Fachabteilungsschlüssel 235
B-[33].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 235
B-[33].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 236
B-[33].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 237
B-[33].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 237
B-[33].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 237
B-[33].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 237
B-[33].11 Personelle Ausstattung 237
B-[33].11. Ärzte und Ärztinnen 238
B-[33].11. Pflegepersonal 239
B-[34] Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin 240
B-[34].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 240
B-[34].1.1 Fachabteilungsschlüssel 241
B-[34].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 241
B-[34].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 241

B-[34].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 241
B-[34].11 Personelle Ausstattung 241
B-[34].11.Ärzte und Ärztinnen 241
B-[35] Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie 243
B-[35].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 243
B-[35].1.1 Fachabteilungsschlüssel 243
B-[35].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 243
B-[35].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 244
B-[35].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 244
B-[35].11 Personelle Ausstattung 244
B-[35].11.Ärzte und Ärztinnen 244
B-[36] Institut für Pathologie und Tumordiagnostik 245
B-[36].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 245
B-[36].1.1 Fachabteilungsschlüssel 245
B-[36].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 245
B-[36].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 246
B-[36].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 246
B-[36].11 Personelle Ausstattung 246
B-[36].11.Ärzte und Ärztinnen 246
B-[37] Abteilung für Krankenhaushygiene und Sicherheitsmanagement 247
B-[37].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 247
B-[37].1.1 Fachabteilungsschlüssel 247
B-[37].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 247
B-[37].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 248
B-[37].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 248
B-[37].11 Personelle Ausstattung 248
B-[37].11.Ärzte und Ärztinnen 248
B-[37].11.Pflegepersonal 248
B-[38] Geschäftsbereich Apotheke 250
B-[38].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 250
B-[38].1.1 Fachabteilungsschlüssel 251
B-[38].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 251
B-[38].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 251
C Qualitätssicherung 252
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 252
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 333
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 333
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ... 333
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr 335
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 337
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 337

Einleitung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Klinikum St. Georg in Leipzig und präsentieren Ihnen unseren Qualitätsbericht für das Jahr 2018.

Auf den folgenden Seiten können Sie sich über das Leistungsangebot unserer Kliniken, Abteilungen, Behandlungszentren und Institute informieren. Wir hoffen, Sie finden alle Informationen, die Sie benötigen. Ansprechpartner und Kontaktdaten finden Sie in der jeweiligen Rubrik oder auf unserer Homepage (www.sanktgeorg.de).

Das Klinikum unternimmt große Anstrengungen, Qualität und Patientensicherheit weiter zu steigern. Wirtschaftliches Arbeiten und ein hoher Qualitätsstandard stehen dabei nicht im Widerspruch.

Das Klinikum wird in den nächsten Jahrzehnten in bauliche Modernisierung investieren. Wir wollen, dass unsere Patientinnen, Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich wohlfühlen. Das erreichen wir durch funktionale Gebäude, sensiblen Umgang mit denkmalgeschützter Bausubstanz, großzügige Grünanlagen, guter Erreichbarkeit und einem hervorragenden Service.

Zwei große Bauvorhaben stehen in den kommenden zwei Jahren im Mittelpunkt. Noch im Jahr 2020 beginnen wir mit dem Bau eines Ambulanzzentrums. Ab 2022 sind dort alle Kompetenzen zur Behandlung ambulanter Patienten unter einem Dach gebündelt. Anschließend startete das größte Bauvorhaben in der Geschichte des Klinikums. Wir erbauen ein großes Klinikgebäude, in welchem wir eine Vielzahl medizinischer Bereiche und Stationen unterbringen.

Neugierig? Jederzeit können Sie sich auf unserer Homepage über Angebote, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen informieren. Sie haben dort die Möglichkeit, Lob oder Kritik zu äußern. Unterstützen Sie mit Hinweisen und Vorschlägen. Gern können Sie uns auch persönlich, über E-Mail oder Telefon kontaktieren.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen und bedanken uns für Ihr Interesse.

Ihre

Dr. Iris Minde	Claudia Pfefferle
Geschäftsführerin	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, Geschäftsführerin
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	https://www.sanktgeorg.de/home.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	14.11.2019
Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML	3M Medica - 3M Deutschland GmbH Health Information Systems
Verwendete Software mit Versionsangabe	3M Qualitätsbericht Version 2019.5.0

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	0800	Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin
30	Hauptabteilung	3300	Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
31	Hauptabteilung	3792	Zentrale Notfallaufnahme
32	Hauptabteilung	2960	Verbund Gemeindenahe Psychiatrie
33	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für Radiologie
34	Nicht-Bettenführend	3791	Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin
35	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie
36	Nicht-Bettenführend	3792	Institut für Pathologie und Tumordiagnostik
37	Nicht-Bettenführend	3792	Abteilung für Krankenhaushygiene und Sicherheitsmanagement
38	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:	0
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:	Lutz Kindermann, Pflegedienstleitung
Telefon:	0341 909 0
Fax:	0341 909 2155
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

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

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, 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	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
52	Audiometrie/Hördiagnostik
	in der Klinik für Hals,-Nasen,-Ohrenheilkunde
53	Akupressur
	Leistung der Physiotherapie
54	Kinästhetik
55	Spezielle Entspannungstherapie
	Betriebsportverein
56	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
	Brustschwester, Onkolotse
57	Asthmaschulung
58	Snoezelen
59	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	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
	Patientenaufenthaltsraum je Station
2	Ein-Bett-Zimmer
	Anzahl: 27 Intensiv-/ IMC-Zimmer
3	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	Anzahl: 61
4	Mutter-Kind-Zimmer
	in der Neonatologie Haus 9
5	Rooming-in
	Wochenstation - Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe: 15 Zimmer - Konzept der bindungsfördernden ganzheitlichen Betreuung
6	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachbereich Palliativmedizin; Gästezimmer stehen zur Verfügung Telefon: 0341 9092159
7	Zwei-Bett-Zimmer
	Anzahl: 27 Intensiv-/ IMC-Zimmer
8	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	Anzahl: 319
9	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 0 €
	Standardausstattung in allen Zimmern, kostenfreier Empfang
10	Telefon am Bett
	Kosten pro Tag: 0 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €
11	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 0 €
	WLAN
12	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
	verschließbarer Schrank im Zimmer; Tresor im Patientenmanagement
13	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	Max. Kosten pro Stunde: 0,5 € Max. Kosten pro Tag: 3,5 €
	gebührenpflichtig: 0,50 €/ Std. ; max. 3,50 €/ Tag
14	Schwimmbad/Bewegungsbad
	Therapiebecken mit Treppe, Patientenlifter und Gegenstromanlage; auch Babyschwimmen möglich; für stationäre und teilstationäre Patienten
15	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"
16	Seelsorge
	katholisch und evangelisch
17	Geldautomat

	Leistungsangebot
	Haus 16
18	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
19	Kinderbetreuung
	insgesamt 2 Erzieherinnen (1,8 VK); auf jeder Station der Kinderklinik ist ein Spielzimmer; Betreuung alle Altersgruppen
20	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
	Kooperation mit dem "Haus Leben e.V." (Selbsthilfe e.V. für Krebspatienten)
21	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
22	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
	Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: vegetarisch (Standard) - Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z.B. vegane Küche)
	nach indiviueller Absprache mit Küche: muslimische, vegane Küche
23	Andachtsraum
	"Raum der Stille" - in Haus 15
24	Abschiedsraum

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.

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
2	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin
	über die Zentrale Patientenaufnahme bei Bedarf anzufordern, kostenpflichtig
3	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
4	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
5	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
	MRT 150 kg/ CT 200 kg/ Röntgenaufnahme 190 kg/ Uro - Durchleuchtung 340 kg
6	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
7	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
8	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
9	Diätetische Angebote
10	Dolmetscherdienst
	über die Zentrale Patientenaufnahme bei Bedarf anzufordern, kostenpflichtig
11	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	zum Teil
12	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
13	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
14	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

	Aspekte der Barrierefreiheit
15	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
16	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
17	Besondere personelle Unterstützung
	nach Bedarf organisiert über die Hauptpforte
18	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
	Sozialdienst und Schwestern mit spezieller geriatrischer Schulung
19	Allergenarme Zimmer
20	Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für "Barrierefreiheit"
	Herr Dittmann, (0341) 909 4061, roland.dittmann@sanktgeorg.de
21	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
	Behindertenbeauftragter der Stadt Leipzig
22	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden
	Raum der Stille

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.
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
3	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.

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

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 1066

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	40893
Teilstationäre Fallzahl:	1003
Ambulante Fallzahl:	82161

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	410,28	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	410,28	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	24,97	**Stationär:**	385,31

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 250,56

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	250,56	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	20,29	**Stationär:**	230,27

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 3

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 6,86

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	6,86	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,86

- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt: 6,86

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	6,86	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,86

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 714,98

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	714,98	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	45,89	**Stationär:**	669,09

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

Gesamt: 102,50

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	102,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	102,50

Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,00

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 17,43

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	17,43	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	17,43

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

Gesamt: 5,80

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	5,80	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	5,80

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 16,20

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	16,20
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	16,20

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

Gesamt: 2,90

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	2,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,90

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

Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen

Gesamt: 10,39

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	10,39	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	10,39	**Stationär:**	0,00

Ergotherapeuten

Gesamt:	7,63			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	7,63	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	7,63	**Stationär:**	0,00

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Gesamt:	5,04			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	5,04	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	5,04	**Stationär:**	0,00

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Gesamt:	11,83			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	11,83	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	11,83	**Stationär:**	0,00

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Diätassistent und Diätassistentin

Gesamt:	5,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	5,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	5,00

Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Gesamt:	6,72			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	6,72	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,72

Erzieher und Erzieherin

Gesamt:	1,58			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,58	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,58

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Gesamt:	0,50			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,50

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

Gesamt: 2,23

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	2,23	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,23

Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Gesamt: 1,71

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,71	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,71

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

Gesamt: 10,73

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	10,73	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	10,73

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

Gesamt: 61,06

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	61,06	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	61,06

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

Gesamt: 42,27

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	42,27	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	42,27

Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin

Gesamt: 14,37

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	14,37	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	14,37

Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Gesamt: 17,67

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	17,67	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	17,67

Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Gesamt:	8,42			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,42	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	8,42

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Gesamt:	8,91			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,91	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	8,91

Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin

Gesamt:	2,80			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,80	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,80

Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt:	9,85			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	9,85	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	9,85

Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt:	8,30			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,30	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	8,30

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

Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Gesamt: 2,75

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,75	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,75

Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Gesamt: 2,00

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

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 die Abteilung Qualitätsmanagement und Organisation (QMO) im Geschäftsbereich Unternehmensentwicklung integriert. Die Abteilung QMO ist zentraler Koordinationspunkt zu allen Fragen des Qualitätsmanagements, insbesondere für die Qualitätssicherung, Qualitätsberichte, Zertifizierungen, das 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
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: 01.07.2013
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:	neue 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
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	25
Hygienefachkräfte (HFK)	5
Hygienebeauftragte in der Pflege	76

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 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):	34
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbra auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbra auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	98

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).	Nein
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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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:	
E-Mail:	info@sanktgeorg.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	7
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	10

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	Instrument bzw. Maßnahme
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

	Instrument bzw. Maßnahme
2	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Arzneimittelanamnese Letzte Aktualisierung: 14.02.2017
4	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: - med. RL 4:Medizinische Arbeitsanweisung/Anordnung undVerabreichung von Medikamenten- med. RL 5: MedizinischeArbeitsanweisung/ Umgang mit Betäubungsmitteln(stationär)
5	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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 Kap. 12.2.3.2)
☑	Andere

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

☑	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung 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

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: Lutz Kindermann

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.
Pro Jahr werden ca. 21.000 Patienten anästhesiologisch betreut, 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 46 Betten darunter 1 Intensivtherapiestation mit 20 Beatmungsbetten, 1 Intermediate Care für postoperative Patientenbetreuung mit 10 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 (5 Jahre), Intensivmedizin (2 Jahre) und Schmerztherapie (1 Jahr). 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 (1 Jahr).

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3600) Intensivmedizin

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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
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)

	Medizinische Leistungsangebote
26	Intraoperatives Neuromonitoring bei Operationen an der Halsschlagader und Wirbelsäule, bei Wachkraniotomien und bei stereotaktischen Eingriffe
27	Antibiotic stewardship in der Intensivmedizin

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

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 Robert-Koch-Klinik, 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- und Onkologische Chirurgie
• Klinik für Gefäßchirurgie
• Klinik für Thoraxchirurgie
• 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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Armin Sablotzki, Chefarzt
Telefon:	0341 9092570
Fax:	0341 9092568
E-Mail:	Armin.sablotzki@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Strasse 142
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].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

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].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	41,84	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	41,84	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	41,84
			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	29,05			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	29,05	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	29,05
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Anästhesiologie 32 Fachärzte

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin 6 Fachärzte
2	Notfallmedizin 11 Fachärzte
3	Spezielle Schmerztherapie 4 Fachärzte
4	Ärztliches Qualitätsmanagement 2 Fachärzte

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 100,45

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	100,45	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	100,45
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

Gesamt: 2,90

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,90
			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 Intensivtherapiestation: Enrico Balder

Die von der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie geleitete Abteilung Intensivmedizin besitzt interdisziplinären Charakter und verfügt über 20 Beatmungsbetten, 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- und Onkologische Chirurgie
- 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
- Klinik für Gefäßchirurgie
- Klinik für Thoraxchirurgie

sind durch tägliche Visiten maßgeblich an der Therapie beteiligt.

Der Fallschwereindex bescheinigt der Abteilung die Behandlung von überdurchschnittlich vielen sehr schweren Fällen.

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 circa 74 Schwestern und Pfleger zur Verfügung, welche teilweise eine Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivtherapie erfolgreich abgeschlossen haben.

Die kontinuierliche Präsenz von Fachärzten, fast alle mit der Zusatzqualifikation "Spezielle anästhesiologische Intensivtherapie", 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 (Leitender Oberarzt Dr. med. Jochen Gille) für die anästhesiologische und intensivtherapeutische Versorgung von schwergradig brandverletzten Patienten im Brandverletztenzentrum verantwortlich.

Die Intermediate Care (Leitende Oberärztin Frau Dr. med. R. Kästner) verfügt über 10 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 insgesamt von 12 Pflegekräften 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.

Im Jahr 2018 hat die Intensivmedizin erfolgreich das erneute Peer-Review-Verfahren der Sächsischen Landesärztekammer absolviert.

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3600) Intensivmedizin

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Armin Sablotzki, Chefarzt
Telefon:	0341 9094053
Fax:	0341 9092581
E-Mail:	kais@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

	Medizinische Leistungsangebote
4	Spezialverfahren zur Behandlung des schweren Lungenversagens
	Extrakorporale CO2- Elimination, kontinuierliche laterale Rotationstherapie, High Flow Nasal Cannula
5	Einsatz blutsparender Maßnahmen
	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].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

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

Vollstationäre Fallzahl: 225

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	33
2	I61	Intrazerebrale Blutung	19
3	I63	Hirninfarkt	9
4	I60	Subarachnoidalblutung	8
5	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	8
6	S72	Fraktur des Femurs	7
7	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	6
8	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	5
9	S12	Fraktur im Bereich des Halses	5
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	5

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	574
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	334
3	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	253
4	8-855	Hämodiafiltration	156

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	129
6	5-311	Temporäre Tracheostomie	68
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	66
8	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	33
9	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	13
10	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	8

B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	574
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	334
3	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	253
4	8-855	Hämodiafiltration	156
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	129
6	5-311	Temporäre Tracheostomie	68
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	66
8	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	33
9	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	13
10	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	8

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 14,00

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	14,00

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	14,00
Fälle je Anzahl:	16,1

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 14,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	14,00

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	14,00
Fälle je Anzahl:	16,1

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	6 Fachärzte
2	Notfallmedizin
	5 Fachärzte
3	Palliativmedizin
	1 Facharzt

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 72,60

Beschäftigungs-verhältnis:

Mit:	72,60	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	72,60
		Fälle je Anzahl:	3,1

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

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 sozial - rechtlichen 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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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:	261
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	28
2	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	23
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	17
4	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	15
5	I63	Hirninfarkt	13
6	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	12
7	C16	Bösartige Neubildung des Magens	11
8	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	10
9	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	10
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	10

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	382
2	8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	163
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	114
4	9-401	Psychosoziale Interventionen	94
5	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	13
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	11
7	8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	8
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	4
9	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
10	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	< 4

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 1,90

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,90

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	1,90
Fälle je Anzahl:	137,4

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 1,90

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,90

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	1,90
Fälle je Anzahl:	137,4

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 11,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	11,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	11,00
			Fälle je Anzahl:	23,7

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	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 weitestgehende 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.

Die stationäre Verweildauer der Abteilung liegt bei durchschnittlich 13 Tagen. Der Fallschwereindex bescheinigt der Abteilung die Behandlung von überdurchschnittlich vielen schweren Fällen.

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3753) Schmerztherapie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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:	121
Teilstationäre Fallzahl:	141

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F45	Somatoforme Störungen	44
2	M54	Rückenschmerzen	42
3	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	7
4	B02	Zoster [Herpes zoster]	4
5	M47	Spondylose	< 4
6	M48	Sonstige Spondylopathien	< 4
7	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
8	G54	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus	< 4
9	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	< 4
10	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	< 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	8-91c	Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie	1726
2	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	139
3	1-910	Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik	117
4	8-918	Multimodale Schmerztherapie	98
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	36
6	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	28
7	8-91b	Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	20
8	5-04a	Perkutane Sympathikolyse mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	7
9	8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	4
10	9-401	Psychosoziale Interventionen	< 4

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz -Schmerztherapie
	Schmerztherapie
	Spezielle Schmerztherapie: Dr. med. Carsten Funke

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	4,50	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,45	**Stationär:**	4,05
			Fälle je Anzahl:	29,9

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	0,93			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,93	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,45	**Stationär:**	0,48
			Fälle je Anzahl:	252,1

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	3,30			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,30	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,30
			Fälle je Anzahl:	36,7

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

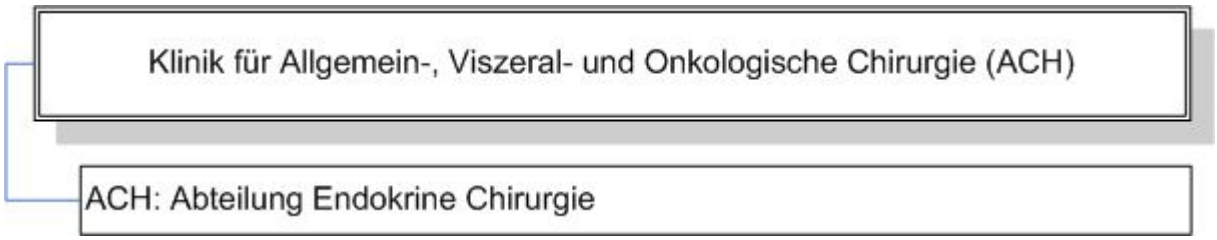
B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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.

Das nachfolgende Organigramm verdeutlicht zum besseren Verständnis den strukturellen Aufbau der Klinik:



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

Die Klinik verfügt über 2 Bettenstationen mit insgesamt 38 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.
Es wurden 1.765 stationäre und 58 ambulante Operationen durchgeführt. Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 7,4 Tagen. Der Fallschwereindex bescheinigt der Klinik die Behandlung von überdurchschnittlich vielen schweren Fällen.

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 Rekovaleszenz 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 selbstverständlich 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 besteht auf dem interdisziplinären Weg zu einem Kompetenzzentrum 2014 die Zertifizierung als Darmkrebszentrum uns deit 2018 die Zertifizierung als Viszeralonkologisches Zentrum nach OnkoZert.

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. In den letzten Jahren wurde eine gemeinsame proktologische Sprechstunde mit den Gastroenterologen um die Behandlung der analen Inkontinenz erweitert.

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 über 30 Jahren besteht mit weit überregionaler Ausstrahlung die Abteilung für klinische Ernährung, das zweitälteste Ernährungsteam in Deutschland. Während zurzeit 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. Aktuelle Konzepte zielen auf die Konditionierung von Hochrisikopatienten durch multimodale Prähabilitation.

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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	Chirurgische Sonographie und Funktionsdiagnostik

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

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

Vollstationäre Fallzahl: 1508

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	189
2	K40	Hernia inguinalis	162
3	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	118
4	K35	Akute Appendizitis	115
5	K57	Divertikulose des Darmes	79
6	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	54
7	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	52
8	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	48
9	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	47
10	K43	Hernia ventralis	38

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	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	237
2	5-469	Andere Operationen am Darm	220
3	5-511	Cholezystektomie	214
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	151
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	151

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 -Gastrointestinale Onkologie
	Spezialambulanz des Darmzentrum Nordwest-Sachsen (Gastrointestinale Tumore, Tumore des Magen-Darm-Traktes)
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	Spezialambulanz -Allgemein- und Viszeralchirurgie, Adipositastherapie, Ernährungsmedizin
	Magen-Darm-Chirurgie
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Arved Weimann

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	41
2	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	5
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	4
4	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
5	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
6	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
7	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
8	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
9	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	14,40	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	14,40	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	14,40
			Fälle je Anzahl:	104,7

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	9,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	9,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	9,00
			Fälle je Anzahl:	167,6

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Allgemeinchirurgie
	8 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 23,60

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	23,60	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	23,60
			Fälle je Anzahl:	63,9

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

Gesamt: 0,67

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,67	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,67
			Fälle je Anzahl:	2250,8

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

B-[6].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	Palliative Care

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 74 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. Es wurden durch unsere erfahrenen Fachärzte 1.838 stationäre und 66 ambulante Operationen durchgeführt.
Die Verweildauer in der Klinik liegt bei durchschnittlich 7,4 Tagen. 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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	PD Dr. med. habil. Jörg Böhme, Chefarzt
Telefon:	0341 9093401
Fax:	0341 9093425
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	Verbrennungschirurgie
25	Notfallmedizin
26	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
	Verschleißerkrankungen der Gelenke als Therapieoption Gelenkspiegelung. Gegebenenfalls Gelenkersatz.
27	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
28	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
29	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
	Behandlung von Erkrankungen der Wirbel und Wirbelgelenke
30	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
31	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
32	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	Behandlung der Sehnen und deren Gleitlager
33	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
34	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
	Behandlung von Knochen- und Knorpelveränderungen
35	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
36	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
37	Endoprothetik
38	Fußchirurgie
39	Handchirurgie
40	Rheumachirurgie

	Medizinische Leistungsangebote
41	Schulterchirurgie
42	Sportmedizin/Sporttraumatologie
43	Traumatologie
44	Spezialsprechstunde
	Spezielle Sprechstunde für: Fuß, Gelenke, Wirbelsäule, Unfallfolgen

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

Vollstationäre Fallzahl:	1763
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	289
2	S52	Fraktur des Unterarmes	185
3	S72	Fraktur des Femurs	182
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	176
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	158
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	155
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	87
8	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	43
9	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	43
10	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	39

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	407
2	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	390
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	264
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	238
5	9-401	Psychosoziale Interventionen	198
6	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	176
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	165
8	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	146
9	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	140
10	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	114

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	52
2	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	4
3	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	4
4	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
5	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
6	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
7	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	19,57	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	19,57	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,75	**Stationär:**	18,82
			Fälle je Anzahl:	93,7

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	10,53			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,53	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,75	**Stationär:**	9,78
			Fälle je Anzahl:	180,3

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Spezielle Unfallchirurgie
	3 Fachärzte
2	Notfallmedizin
	3 Fachärzte
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	5 Fachärzte
4	Manuelle Medizin/Chirotherapie
	1 Facharzt
5	Akupunktur
	1 Facharzt

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 19,80

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	19,80	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	19,80
			Fälle je Anzahl:	89,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,80

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,80	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,80
			Fälle je Anzahl:	2203,8

B-[7].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-[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. Es wurden durch unsere erfahrenen Fachärzte 606 stationäre und 28 ambulante Operationen durchgeführt. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 8 Tagen.

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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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	Septische Knochenchirurgie
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
10	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	Schlüssellochchirurgie an Gelenken und Wirbelsäule
11	Arthroskopische Operationen
12	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
	Verschleißerkrankungen der Gelenke als Therapieoption Gelenkspiegelung. Gegebenenfalls Gelenkersatz.
13	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	Behandlung der Sehnen und deren Gleitlager
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
17	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
	Behandlung von Knochen- und Knorpelveränderungen
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
19	Endoprothetik
20	Fußchirurgie
21	Rheumachirurgie
22	Schulterchirurgie
23	Sportmedizin/Sporttraumatologie
24	Traumatologie
25	Spezialsprechstunde
	Spezialsprechstunde für: Endoprothetik, Gelenkchirugie, Arthroskopie und Sportorthopädie

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

Vollstationäre Fallzahl:	609
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	135
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	117
3	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	64
4	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	64
5	M75	Schulterläsionen	51
6	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	43
7	S72	Fraktur des Femurs	38
8	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	16
9	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	12
10	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	9

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	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	260
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	193
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	189
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	177
5	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	158
6	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	114
7	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	112
8	9-401	Psychosoziale Interventionen	75

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	14
2	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	6
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
4	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
6	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

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:	203,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	3,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,00
			Fälle je Anzahl:	203,0

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Spezielle Orthopädische Chirurgie
	1 Facharzt
2	Sportmedizin
	2 Fachärzte
3	Notfallmedizin
	2 Fachärzte
4	Manuelle Medizin/Chirotherapie
	2 Fachärzte
5	Physikalische Therapie und Balneologie
	1 Facharzt

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	6,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,00
			Fälle je Anzahl:	101,5

B-[8].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-[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. Die Klinik verfügt über eine Bettenstation mit insgesamt 15 Betten. Es wurden 527 stationäre Operationen durchgeführt. Die durchschnittliche Verweildauer der Klinik lag bei 21 Tagen. Ähnliche Spezialabteilungen gibt es in Deutschland nur noch an berufsgenossenschaftlichen Kliniken.

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 Schleußensystem 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 Klinik für Spezialisierte Septische Chirurgie im Traumazentrum des Klinikums St. Georg eingebunden. Die Klinik wirkt mit im Zentrum Mitteldeutschlands für Septische und Rekonstruktive Chirurgie in den Standorten Halle und Leipzig.

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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	PD Dr. med. habil. Jörg Böhme, Chefarzt
Telefon:	0341 9093401

Fax:	0341 9093453
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	Schulterchirurgie
	Infektionen
6	Bandrekonstruktionen/Plastiken
	Infektionen
7	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	Infektionen
8	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	Infektionen
9	Septische Knochenchirurgie
	Infektionen
10	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
	Infektionen

	Medizinische Leistungsangebote
11	Amputationschirurgie
	Infektionen
12	Wirbelsäulenchirurgie
	Infektionen
13	Arthroskopische Operationen
	Infektionen
14	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	Infektionen
15	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	Infektionen
17	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	Infektionen
18	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	Infektionen
19	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	Infektionen
20	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	Infektionen
21	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	Infektionen
22	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	Infektionen
23	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	Infektionen
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	Infektionen
25	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
	Infektionen der Wirbelsäule, Spondylodiszitis
26	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
	Infektionen
27	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	Infektionen
28	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
	Infektionen
29	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
	Infektionen
30	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
31	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
32	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
33	Diagnostik und Therapie von Allergien
34	Notfallmedizin
35	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
36	Wundheilungsstörungen
37	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
38	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

	Medizinische Leistungsangebote
39	Sportmedizin/Sporttraumatologie
40	Schmerztherapie
41	Spezialsprechstunde
	Spezialsprechstunde Septische Chirurgie
42	Spezialsprechstunde
	Berufsgenossenschaftliche Spezialsprechstunde

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

Vollstationäre Fallzahl:	247
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	75
2	M86	Osteomyelitis	48
3	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	13
4	M00	Eitrige Arthritis	13
5	S72	Fraktur des Femurs	9
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7
7	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	6
8	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	6
9	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	6
10	M87	Knochennekrose	5

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	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	315
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	186
3	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	181
4	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	135
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	111
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	92
7	8-190	Spezielle Verbandstechniken	76
8	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	76

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	Prä- und poststationäre Ambulanz - 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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 1,50

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,50
			Fälle je Anzahl:	164,7

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 0,88

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,88	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,88
			Fälle je Anzahl:	280,7

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Notfallmedizin
	1 Facharzt
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	1 Facharzt
3	Sportmedizin
	1 Facharzt

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 2,40

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,40	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,40
			Fälle je Anzahl:	102,9

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,80

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,80	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,80
			Fälle je Anzahl:	308,8

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	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. Im Jahre 2009 wurde das Zentrum für Komplementäre Medizin in den Klinikbestand integriert, welches sich hier bis zum 31.12.2018 befand.

Bis auf die funktionelle Stereotaxie und die Epilepsiechirurgie sowie Kindertumorchirurgie 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 bei Tumoren das intraoperative Fluoreszenzverfahren zur Anwendung, das Operations-Mikroskop, die Neuroendoskopie, das Navigationssystem sowie der intraoperative Ultraschallaspirator. Komplexe rekonstruktive Eingriffe an der Wirbelsäule werden im interdisziplinären Herangehen gelöst.

Weiterhin bestehen 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 Anaesthesie-, Intensiv- und Schmerztherapie.

Die Klinik verfügt über eine Bettenstation mit insgesamt 24 Betten. Die Patienten werden in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. In allen Zimmer befinden sich im Haus 20 und verfügen über ein hohes Ausstattungsniveau (Dusche, TV, WLAN, Telefon). Die Stationen haben großzügige Aufenthaltsbereiche. Weiterhin werden die Patienten mit komplexen neurochirurgischen Diagnosen auf der interdisziplinären Intensiv- und IMC-Station behandelt. Die operative Versorgung erfolgt in hochmodernen OP-Sälen.

Es wurden 881 stationäre und 31 ambulante Operationen durchgeführt. Die durchschnittliche Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 9 Tagen.
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 Spezialsprechstunde (Ermächtigungssprechstunde) zur Beratung und Untersuchungen zur Indikationsstellung einer neurochirurgischen Therapie auf Überweisung von Fachärzten für Orthopädie, Neurochirurgie, Neurologie und Psychiatrie. Besonders zu erwähnen sind die regelmäßigen gemeinsamen neurochirugisch-strahlentherapeutischen Dispensairesprechstunden sowie die zerebrovaskuläre Sprechstunde gemeinsam mit der Neuroradiologie.

Weiterhin werden die Methoden der Komplementärbehandlung (Akupunktur, Moxibustion, Kräutertherapie, Diätetik, Tuina, QiGong, Gua Sha, Schröpfen, Blutegeltherapie, Osteopathie, klassische Naturheilverfahren, Psychotherapie) angeboten.

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.

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. Ebenso erfolgen Patienteninformationsveranstaltungen zu wichtigen Erkrankungen, diese erfreuen sich einer breiten Resonanz.

Seit 2018 werden quartalsweise Qualitätszirkel mit den niedergelassenen Neurochirurgen durchgeführt.

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(1700) Neurochirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Oliver Sorge, Chefarzt
Telefon:	0341 9093718
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 von Liquorzirkulationsstörungen
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	Erkrankungen des Bewegungsapparates
	konservative Komplextherapie
16	Neuronavigation, Mikroskop der neuesten Generation
17	Methoden der Komplementärbehandlung
	Klassische Naturheilverfahren, Osteopathie, Traditionelle Chinesische Medizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	818
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Spondylopathien	230
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	124
3	S06	Intrakranielle Verletzung	73
4	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	55
5	M47	Spondylose	54
6	M54	Rückenschmerzen	29
7	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	20
8	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	19
9	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	19
10	G91	Hydrozephalus	18

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	571
2	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	446
3	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	345
4	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	329
5	9-401	Psychosoziale Interventionen	304
6	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	284
7	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	202

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	30
2	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 8,54

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	8,54

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	8,54
Fälle je Anzahl:	95,8

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 6,15

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	6,15

Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00

Stationär:	6,15
Fälle je Anzahl:	133,0

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Neurochirurgie
	5 Fachärzte
2	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	1 Facharzt
3	Allgemeinmedizin
	1 Facharzt

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	1 Facharzt
2	Sportmedizin
	1 Facharzt
3	Manuelle Medizin/Chirotherapie
	1 Facharzt
4	Akupunktur
	1 Facharzt
5	Ärztliches Qualitätsmanagement
	1 Facharzt

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	8,50			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	8,50
			Fälle je Anzahl:	96,2

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

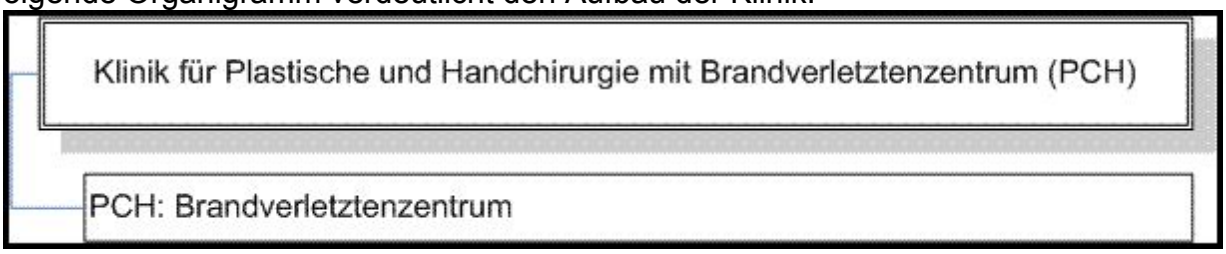
Chefarzt: Prof. Dr. med. Thomas Kremer
Leitende Oberärztin: PD Dr. med. Susanne Rein, MBA
Pflegedienstleitung: Lutz Kindermann

Die Klinik behandelt das gesamte Spektrum der akuten und elektiven Handchirurgie inklusive Replantation 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 aktuell 80 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 nachfolgende Organigramm verdeutlicht den Aufbau der Klinik.



Das Versorgungsspektrum des Schwerbrandverletzenzentrums ist in diesem Qualitätsbericht gesondert dargestellt.

Die Klinik verfügt über eine Bettenstation mit insgesamt 24 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.

Es wurden 2.159 stationäre und 535 ambulante Operationen durchgeführt. Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 8,2 Tagen.

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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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	Transplantationschirurgie
	Replantation Finger, Arm; Transplantation von Gewebeanteilen
2	Metall-/Fremdkörperentfernungen
3	Bandrekonstruktionen/Plastiken
	Bandrekonstruktionen der Hand und Handgelenke
4	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	Implantation von Endoprothesen der Hand
5	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	Verschluss durch körpereigne Gewebsanteile
6	Septische Knochenchirurgie
7	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	Kooperation mit HNO-Medizin
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	Kooperation mit HNO-Medizin
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	Kooperation mit Thoraxchirurgie
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	Kooperation mit Unfallchirurgie
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	Kooperation mit Unfallchirurgie
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	Kooperation mit Unfallchirurgie
14	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
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	CRPS-Behandl., stat./ reha. Übungsbehandlung, kindliche Fehlbildungen der Hand und Rheumachirugie
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	Kooperation mit Unfallchirurgie
17	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	Kooperation mit Unfallchirurgie
18	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	Kooperation mit Unfallchirurgie
19	Chirurgie der peripheren Nerven
20	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
	Tumorentfernung und Defektverschluss durch körpereigene Gewebsanteile; Narbenkorrekturen, Expanderbehandlung, Straffungsoperationen bei Gewebsüberschuss
21	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
	Brustvergrößerung, - straffung, - verkleinerung, Korrektur Brustasymmetrie, Mamillenkorretur; Bauchdeckenstraffung, Liposuktion
22	Arthroskopische Operationen
23	Verbrennungschirurgie
24	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	Entfernung und Wundverschluss primär oder durch körpereigene Gewebsanteile
25	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
	Entfernung und Wundverschluss primär oder durch körpereigene Gewebsanteile
26	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	Behandlung von Nervenkompressionssyndromen der Extremitäten, primäre und sekundäre Rekonstruktion von Nervenverletzungen

	Medizinische Leistungsangebote
27	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	Primäre und sekundäre Rekonstruktion von Sehnenverletzungen, Erkrankungen der Gelenke und Sehnengleitgewebe
28	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
29	Minimalinvasive endoskopische Operationen
30	Spezialsprechstunde
	Rekonstruktive Brustchirurgie, Ästhetische Chirurgie, Postbariatrische Chirurgie, Rekonstruktion nach Brandverletzungen
31	Amputationschirurgie
32	Handchirurgie
33	Sportmedizin/Sporttraumatologie
34	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
35	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
36	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
37	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
38	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
39	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
40	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
41	Fußchirurgie
42	Spezialsprechstunde
43	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
44	Traumatologie
45	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

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

Vollstationäre Fallzahl:	1133
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	90
2	L03	Phlegmone	73
3	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	73
4	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	69
5	M72	Fibromatosen	61
6	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	59
7	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	38
8	S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	35
9	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	29
10	L90	Atrophische Hautkrankheiten	28

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	558
2	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	540
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	482
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	328
5	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	249
6	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	215
7	5-983	Reoperation	191
8	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	159
9	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	155
10	5-841	Operationen an Bändern der Hand	142

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	84
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	76
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	66
4	5-849	Andere Operationen an der Hand	54
5	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	39
6	1-697	Diagnostische Arthroskopie	36
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	33
8	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	26
9	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	20
10	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	19

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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 8,54

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	8,54	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	8,54
		Fälle je Anzahl:	132,7

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 4,76

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	4,76	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	4,76
		Fälle je Anzahl:	238,0

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
	1 Facharzt

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Handchirurgie
	5 Fachärzte
2	Notfallmedizin
	1 Facharzt
3	Akupunktur
	1 Facharzt
4	Spezielle Unfallchirurgie
	1 Facharzt

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 12,60

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	12,60	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	12,60
			Fälle je Anzahl:	89,9

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	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[11].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-[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 Brandverletztenzentrum 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.
Es wurden 1.207 stationäre Operationen durchgeführt. Die Verweildauer des Brandverletztenzentrums lag bei durchschnittlich 14,8 Tagen.
Der Fallschwereindex bescheinigt dem Brandverletztenzentrum 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	(0030) Bes. Einrichtung - Behandlung von Schwerbrandverletzten
2	(1990) Plastische Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp. (II)
3	(0032) Bes. Einrichtung - Beh. Schwerbrandverletzten Intensiv

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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 Brandverletztenzentrums 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].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung

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

Vollstationäre Fallzahl:	221
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	56
2	T21	Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes	44
3	T22	Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	35
4	T20	Verbrennung oder Verätzung des Kopfes und des Halses	31
5	T23	Verbrennung oder Verätzung des Handgelenkes und der Hand	23
6	T25	Verbrennung oder Verätzung der Knöchelregion und des Fußes	19
7	L51	Erythema exsudativum multiforme	< 4
8	L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	< 4
9	T29	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer Körperregionen	< 4
10	M72	Fibromatosen	< 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	1101
2	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	956
3	5-925	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle	410
4	5-923	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen	218
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	118
6	5-928	Primärer Wundverschluss der Haut und Revision einer Hautplastik bei Verbrennungen und Verätzungen	96

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

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 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	4,00	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	4,00
			Fälle je Anzahl:	55,3

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	4,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	4,00
			Fälle je Anzahl:	55,3

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	4 Fachärzte
2	Notfallmedizin
	2 Fachärte

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	31,60			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	31,60	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	31,60
			Fälle je Anzahl:	7,0

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 Robert-Koch-Klinik des Klinikums und dem Evangelischen Diakonissenkrankenhaus Leipzig als "Lungenkrebszentrum Leipzig Nordwest" durch die Deutsche Krebsgesellschaft als einziges Lungenkrebszentrum der Region zertifiziert worden.

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. 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 19 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.

Es wurden 501 stationäre Operationen und ca. 1030 Bronchoskopien durchgeführt. Die Verweildauer der

Klinik liegt bei durchschnittlich 10,8 Tagen.

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	(2000) Thoraxchirurgie
2	(2036) Thoraxchirurgie/Intensivmedizin

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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	Eingriffe am Perikard
	Perikardfensterungen
3	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
	Versorgung tracheobronchialer Fisteln
4	Operationen wegen Thoraxtrauma
	Einschließlich Sternum- und Rippenstabilisierung mit STRATOS-System
5	Speiseröhrenchirurgie
6	Thorakoskopische Eingriffe
	Gesamtes Spektrum der minimalinvasiven Thoraxchirurgie einschließlich VATS-Lobektomie und Trichterbrust- und Kielbrustkorrektur nach NUSS
7	Behandlung von Verletzungen am Herzen
8	Endokrine Chirurgie
	Schilddrüsenresektionen bei benigner Struma und bei Schilddrüsenkarzinomen
9	Tumorchirurgie
10	Septische Knochenchirurgie
11	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	Behandlung der Sternum- und Rippenosteomyelitis
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	einschließlich Luftröhrenrekonstruktion
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
14	Minimalinvasive endoskopische Operationen
15	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
16	Mediastinoskopie
	Videomediastinoskopie, VAMLA
17	Portimplantation
18	Chirurgische Intensivmedizin
19	Notfallmedizin
20	Wundheilungsstörungen
	VAC Therapie
21	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
22	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
23	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
	Stenosen der Trachea, gut- und bösartige Neubildungen, Trachealverletzungen, tracheobronchiales Kollapssyndrom
24	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
25	Interdisziplinäre Tumornachsorge
26	Laserchirurgie
	Nd:YAG-Laser, 1318 nm, Lungenmetastasen- resektion, endobronchiale Anwendungen
27	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
28	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	Pleura = Brustfell Behandlung bei Pneumothorax (Lungenkollaps), Pleuraempyem und rezidivierenden Pleuraergüssen

	Medizinische Leistungsangebote
29	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs und Lungenmetastasen
30	Endoskopie
	flexible und starre Bronchoskopie einschließlich endobronchiale Lasertherapie und Tracheastentimplantationen
31	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

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

Vollstationäre Fallzahl:	475
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	123
2	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	44
3	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	42
4	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	33
5	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	22
6	J93	Pneumothorax	21
7	J86	Pyothorax	20
8	D38	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe	15
9	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	13
10	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	11

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	1908
2	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	173
3	5-333	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand	142
4	5-322	Atypische Lungenresektion	129
5	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	93

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Thoraxchirurgie
	Konsiliarische Beratung und Indikationsstellung thoraxchirurgischer OPs und entsprechender Fragestellungen
	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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 4,99

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	4,99	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	4,99
		Fälle je Anzahl:	95,2

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 3,99

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	3,99	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	3,99
		Fälle je Anzahl:	119,0

B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Notfallmedizin
	3 Fachärzte
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	4 Fachärzte

B-[13].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	10,20			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,20	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	10,20
			Fälle je Anzahl:	46,6

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	Pflege in der Onkologie
3	Praxisanleitung
4	Casemanagement
5	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[13].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-[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 37 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.

Es wurden 1.108 stationäre Operationen durchgeführt. Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 15,22 Tagen.
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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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

	Medizinische Leistungsangebote
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
8	Amputationschirurgie
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
10	Fußchirurgie
	Insbesondere diabetisches Fußsyndrom
11	Arteriographie

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

Vollstationäre Fallzahl:	771
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	300
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	124
3	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	52
4	I83	Varizen der unteren Extremitäten	42
5	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	33
6	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	30
7	N18	Chronische Nierenkrankheit	22
8	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	15
9	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	14
10	I63	Hirninfarkt	13

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	495
2	5-916	Temporäre Weichteildeckung	224
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	199
4	8-020	Therapeutische Injektion	183
5	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	178
6	5-381	Endarteriektomie	160

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 5,40

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	5,40	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	5,40
		Fälle je Anzahl:	142,8

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 4,00

Beschäftigungsverhältnis:

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

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	4,00
		Fälle je Anzahl:	192,8

B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Gefäßchirurgie
	3 Fachärzte
2	Viszeralchirurgie
	1 Facharzt
3	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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	15,50			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	15,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	15,50
			Fälle je Anzahl:	49,7

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

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. Ein weiteren Schwerpunkt stellt die Geburtshilfe, einschließlich der Betreuung von Risikoschwangerschaften und Geburten sowie der Pränataldiagnostik dar.

Die Klinik verfügt über 2 Bettenstationen mit insgesamt 64 Betten. Davon sind 30 Betten der Gynäkologie und 34 Betten der Geburtshilfe zugeordnet.
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.

Es wurden 2.007 stationäre und 273 ambulante Operationen durchgeführt. Die Verweildauer der Patientinnen liegt bei durchschnittlich 3,6 Tagen. Die Geburtsabteilung führte 1.635 Geburten durch.

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 im Aufbau. Die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ist Bestandteil eines Perinatalzentrums der Stufe I.

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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 1.700 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

	Medizinische Leistungsangebote
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
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:	4715
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	939
2	O70	Dammriss unter der Geburt	445
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	316
4	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	283
5	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	198
6	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	182
7	D25	Leiomyom des Uterus	135
8	O42	Vorzeitiger Blasensprung	119
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	116
10	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	105

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	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	1328
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	1227
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	1041
4	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	962
5	5-749	Andere Sectio caesarea	465
6	9-401	Psychosoziale Interventionen	307
7	5-738	Episiotomie und Naht	274

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
8	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	224

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Pränatale Diagnostik sowie Betreuung von Risikoschwangerschaften
	Betreuung von Risikoschwangerschaften
	Pränataldiagnostik und -therapie
	Pränatale Diagnostik einschließlich Spezialultraschall bei Schwangeren: Dr. med. Simone Glasow/ Dr. med. Franziska Kempe
2	Spezialambulanz - Gynäkologische Onkologie
	Spezialambulanz für gynäkologische Onkologie: Prof. Dr. med. Uwe Köhler
3	Präoperative Beratung und Diagnostik - Gynäkologie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Gynäkologische elektive Eingriffe
4	Ambulanz Frauenheilkunde u. Geburtshilfe / Onkologie
	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	Prof. Dr. med. Uwe Köhler
5	Ambulanz Frauenheilkunde u. Geburtshilfe
	Allgemeingynäkologische Ambulanz
	Dr. med. Claudia Fährmann
6	Spezialambulanz - Gynäkologische Erkrankungen
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Uwe Köhler

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	51
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	49
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	41
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	30
5	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	26
6	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	26
7	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	8
8	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	7
9	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	5
10	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	5

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	17,55	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	17,55	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,00	**Stationär:**	16,55
			Fälle je Anzahl:	284,9

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	8,40			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	8,40	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,00	**Stationär:**	7,40
			Fälle je Anzahl:	637,2

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

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

Gesamt: 21,90

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	21,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	21,90
			Fälle je Anzahl:	215,3

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

Gesamt: 3,70

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,70	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,70
			Fälle je Anzahl:	1274,3

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (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:	4715,0

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

Gesamt: 0,47

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,47	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,47
			Fälle je Anzahl:	10031,9

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 11,48

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	11,48	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	11,48
			Fälle je Anzahl:	410,7

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
5	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

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. Steffen Prager
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 Schwerpunkt zählt die plastische (funktionell-ästhetische) Chirurgie der Nase und des Gesichts-, Kopf- und Halsbereiches einschließlich der Korrektur von Fehlbildungen und Narben sowie die Behandlung von Hauttumoren.

Die Klinik verfügt über 1 Bettenstation mit insgesamt 19 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.

Im Jahr 2018 wurden 1.030 stationäre und 114 ambulante Operationen durchgeführt. Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 4,2 Tagen.
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.

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.

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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 Erkrankungen der Trachea
17	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
19	Interdisziplinäre Tumornachsorge
20	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
21	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
22	Spezialsprechstunde
23	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
24	Schnarchoperationen
	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen / Schlafmedizin
25	Laserchirurgie
26	Pädaudiologie
	Phoniatrie
27	Tubendilatation
28	Diagnostik und Therapie von Allergien
	Pricktest, RAST. Provokation nasal
29	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

	Medizinische Leistungsangebote
30	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
31	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
32	Epithetik
33	Schmerztherapie
34	Native Sonographie / Duplexsonographie

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

Vollstationäre Fallzahl:	1112
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J36	Peritonsillarabszess	89
2	J32	Chronische Sinusitis	87
3	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	78
4	R04	Blutung aus den Atemwegen	77
5	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	66
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	39
7	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	39
8	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	38
9	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	35
10	H91	Sonstiger Hörverlust	32

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	621
2	1-242	Audiometrie	475
3	1-612	Diagnostische Rhinoskopie	336
4	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	190
5	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	189
6	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	171
7	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	166

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	55
2	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	14
3	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	11
4	5-200	Parazentese [Myringotomie]	9
5	5-260	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	8
6	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	6
7	5-202	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr	< 4
8	5-984	Mikrochirurgische Technik	< 4
9	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	< 4
10	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	< 4

B-[16].11 Personelle Ausstattung

B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	8,90	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	8,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,43	**Stationär:**	7,47
			Fälle je Anzahl:	148,9

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	5,03			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	5,03	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,43	**Stationär:**	3,60
			Fälle je Anzahl:	308,9

B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
	6 Fachärzte
2	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
	2 Fachärzte

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[16].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	7,20			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,20	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,20
			Fälle je Anzahl:	154,4

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

Angestellte Ärzte:
Dr. med. Stephan Teuber
Dr. med. Dr. med. dent. Jörg Hendricks

Ausbildungsassistent:
Zahnarzt Norbert Nestler

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 3 x wöchentlich in hochmodernen OP-Sälen.
Es wurden 491 stationäre und 5 ambulante Operationen durchgeführt. Die Verweildauer der Belegabteilung liegt bei durchschnittlich 5,3 Tagen.

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 unter Herrn Chefarzt Dr.Böhm, dem Zentrum für Traumatologie unter Chefarzt Dr. Boehme, der Klinik für Neurochirurgie unter Chefarzt Dr. Sorge und der Klinik für Plastische Chirurgie unter Prof. Dr. Kremer.

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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Hans-Andreas Vogel, Chefarzt
Telefon:	0341 9092373
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:	411
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	78
2	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	56
3	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	40
4	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	40
5	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	33
6	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	15

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	K02	Zahnkaries	15
8	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	11
9	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	11
10	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	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)	140
2	5-244	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik	112
3	5-230	Zahnextraktion	91
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	74
5	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	72
6	5-242	Andere Operationen am Zahnfleisch	60
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	57
8	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	55
9	5-772	Partielle und totale Resektion der Mandibula	49
10	5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	48

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

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	
Anzahl in Personen:	3
Fälle je Anzahl:	137,0

B-[17].11.1.1 Ärztliche 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

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	2,60			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,60	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,60
			Fälle je Anzahl:	158,1

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 78 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.

Es wurden im Jahr 2018 3.988 Fälle stationär behandelt. Es wurden 4.879 stationäre Operationen durchgeführt und weitere 727 ambulante Operationen. Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 6 Tagen.

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. 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 religiösen oder ethnischen Hintergrund fremdblutfreie Therapiemöglichkeiten an.

Prof. Dr. med. habil. A. Hamza ist 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) neu 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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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	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,
10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
	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	Tumorchirurgie
	Operationen von Nieren-, Prostata-,Harnblasen-Penis- und Hodenkarzinomen
12	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
13	Spezialsprechstunde
	Behandlung von Inkontinenz- und Prostataerkrankungen, spezielle apparative Untersuchung bei Harninkontinenz und neurogener Blasenentleerungsstörung auf Überweisung von Fachärzten für Urologie und Gynäkologie
14	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
15	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	Klinische und apparative Untersuchung bei Blasenfunktionsstörungen

	Medizinische Leistungsangebote
16	Urogynäkologie
	Fistelbildungen;Korrektur von Scheiden- und Gebärmuttervorfällen, Gebärmutterentfernung (Schlüssellochtechnik), Harninkontinenztherapie, oper. (Bandplastiken: TOT/ TVT, Lasertherapie), medik. Verfahren (Botox- Therapie), Therapie von Blasenentleerungsstörungen, Implantation von Blasen-Schrittmachern
17	Chemotherapie
	urologische Tumoren (Blase, Prostata, Nieren; Hoden, Penis)
18	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)
19	Implantation von venösen Portsystemen für die Chemotherapie
	Einpflanzen eines Zuganges zur großen Hohlvene, über den die Chemotherapie verabreicht wird
20	Therapie der männlichen Harninkontinenz
	Implantation eines künstlichen Blasenschließmuskels (ATOMS, AMS 800)
21	Schmerztherapie
	Multimodale Schmerztherapie inklusive PDK und Schmerzpumpen
22	Onkologische Sprechstunde
	Beratung und Betreuung von Patienten mit bösartigen urologischen Tumoren bezüglich der Therapie
23	Neuro-Urologie
	Implantation von Blasenschrittmachern bei Blasenfunktionsstörungen (Inkontinenz- und Harnverhalt)
24	Ambulante Operationstätigkeit
	Sterilisations-Operationen, Entfernung/Einlage von Ureterschienen, Implantationen von Portsystemen vor Chemotherapie, Operationen an der männlichen Vorhaut).
25	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:	3988
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	704
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	571
3	N20	Nieren- und Ureterstein	410
4	N40	Prostatahyperplasie	356
5	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	274
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	250
7	N30	Zystitis	201
8	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	112
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	86
10	N45	Orchitis und Epididymitis	75

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]	1592
2	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	897
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	554
4	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	382
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	295
6	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	256
7	9-401	Psychosoziale Interventionen	225

B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Urologie: Sprechstunde für Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung bei Frauen und Männern: Prof. Dr. med. Amir Hamza
	Spezialsprechstunde
2	Spezialambulanz - Urologische Onkologie
3	Präoperative Beratung und Diagnostik - Urologie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
4	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Amir Hamza
	Spezialsprechstunde

B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	438
2	5-640	Operationen am Präputium	256
3	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	8
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	6
5	5-635	Vasotomie des Ductus deferens	< 4
6	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	< 4
7	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
8	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
9	3-13d	Urographie	< 4
10	5-641	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis	< 4

B-[18].11 Personelle Ausstattung

B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	17,20	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	17,20	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	17,20
			Fälle je Anzahl:	231,9

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	7,98			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	7,98	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,98
			Fälle je Anzahl:	499,7

B-[18].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[18].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Andrologie
	1 Facharzt
2	Medikamentöse Tumortherapie
	5 Fachärzte
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	5 Fachärzte

B-[18].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt:	32,40			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	32,40	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	32,40
			Fälle je Anzahl:	123,1

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,43

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,43	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,43
			Fälle je Anzahl:	9274,4

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

Gesamt: 0,19

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,19	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,19
			Fälle je Anzahl:	20989,5

B-[18].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-[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

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: Kathrin Schaaf

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.

Die Klinik für Kinderchirurgie führte 847 stationäre und 96 ambulante Operationen durch. Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 4,3 Tagen.

Das Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin verfügt über insgesamt 78 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 OÄ 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, Mitarbeiter: Dr. med. Faßhauer, Dr. med. St. Borte, Dr. med. N. Kellner: 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 sieben Betten 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	(1300) Kinderchirurgie
2	(1000) Pädiatrie
3	(1004) Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
4	(1007) Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
5	(1012) Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
6	(1009) Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
7	(1014) Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde

B-[19].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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/kliniken-abteilungen/kinder-und-jugendmedizin-mit-kfh-nierenzentrum.html

Name/Funktion:	**Dr. med. Marlen Zurek, Chefärztin Kinder- und Jugendmedizin**
Telefon:	0341 9093620
Fax:	0341 9093647
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

	Medizinische Leistungsangebote
	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
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].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	4740
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[19].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	399
2	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	216
3	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	214
4	J20	Akute Bronchitis	204
5	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	150
6	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	118
7	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	108
8	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	93
9	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	86
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	81

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	1493
2	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	509
3	1-930	Infektiologisches Monitoring	208

B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	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
2	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
3	Spezialambulanz - Pädiatrische Immunologie
	Immunologie
	Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit immunologischen Erkrankungen: Prof. Dr. Borte
4	Spezialambulanz - Schwerwiegende immunologische Erkrankungen
	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
	Prof. Dr. med. Michael Borte
5	Ambulanz - Kinderchirurgie
	Kinderchirurgie
	Kinderchirurgische Versorgung Dr. med. Christian Paul Geyer/ Dr. med. Lehnert
6	Ambulanz - Allgemeinpädiatrie
	allgemeinpädiatrische Ambulanz
	Allgemeinpädiatrische Ambulanz: Dr. med. habil. Ulrike Diez
7	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Pädiatrie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik

B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	52
2	5-640	Operationen am Präputium	13
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	9
4	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	4
5	5-624	Orchidopexie	< 4
6	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
8	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
9	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
10	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	19,59	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	19,59	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,73	**Stationär:**	18,86
			Fälle je Anzahl:	251,3

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	14,81			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	14,81	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,73	**Stationär:**	14,08
			Fälle je Anzahl:	336,6

B-[19].11.1.1 Ärztliche 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 Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 57,50

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	57,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	57,50
			Fälle je Anzahl:	82,4

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,74

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,74	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,74
			Fälle je Anzahl:	2724,1

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

Gesamt: 0,10

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,10	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,10
			Fälle je Anzahl:	47400,0

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: Kathrin Schaaf

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. Den Eltern ist es über Internet möglich auch von zu Haus jederzeit ihr Kind "besuchen" zu können.

Nach Stabilisierung des Kindes erfolgt die Verlegung auf die neonatologische Nachsorgestation. Hier ist eine Mitaufnahme der Mutter durch ein komplettes Rooming in, ermöglicht und gewünscht. Wir fördern damit ein pychosoziales 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. Über eine spezielle Internetseite werden Sie Ihren Nachwuchs auch zu Zeiten, in denen Sie aus räumlichen oder zeitlichen Gründen nicht direkt bei ihm sein können, virtuell besuchen. Damit können auch Ihre Freunde, Arbeitskollegen oder besonders die größeren Geschwister, die aus hygienischen Gründen sich nicht für längere Zeit auf den Stationen aufhalten können, die Entwicklung Ihres Kindes täglich beobachten.

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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Silke Hennig, Leitende Oberärztin
Telefon:	0341 909 3601
Fax:	0341 909 3616
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

	Medizinische Leistungsangebote
5	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
	maschinelle Beatmung, CPAP- Atemhilfe, Surfactantherapie, Kreislauftherapie, Monitoring
6	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
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:	632
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[20].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	103
2	P05	Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	73
3	P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	37
4	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	24
5	P59	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	22
6	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	20
7	P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	20
8	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	18
9	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	18
10	Q62	Angeborene obstruktive Defekte des Nierenbeckens und angeborene Fehlbildungen des Ureters	16

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	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	516
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	367
3	8-390	Lagerungsbehandlung	327
4	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	283
5	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	263

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
6	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	178
7	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	153
8	1-791	Kardiorespiratorische Polygraphie	135
9	8-811	Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen	129

B-[20].11 Personelle Ausstattung

B-[20].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	16,03	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	16,03	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	16,03
			Fälle je Anzahl:	39,4

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	4,27			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,27	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	4,27
			Fälle je Anzahl:	148,0

B-[20].11.1.1 Ärztliche 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 Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 41,01

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	41,01	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	41,01
			Fälle je Anzahl:	15,4

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (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:	687,0

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

Gesamt: 0,67

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,67	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,67
			Fälle je Anzahl:	943,3

B-[20].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	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung
6	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
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: Prof. Dr. med. habil. Andreas Hartmann
Leitende Oberärzte: Dr. med. Anja Fabian
Dr. med. Norbert Klein
Pflegedienstleitung: Kathrin Schaaf

Die Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin befasst sich schwerpunktmäßig mit den Herz-Kreislauferkrankungen und der Intensivmedizin internistischer Krankheitsbilder.
Sie ist an beiden Standorten des Klinikums vertreten. Am Standort Eutritzsch werden 5 Stationen mit insgesamt 81 Betten - davon 11 intensivmedizinische Betten (Beatmung), 13 Intermediate-Care-Betten (Wachstation) und 4 Betten auf der zertifizierten Brustschmerzeinheit (CPU) - betrieben. Am Standort Robert-Koch-Klinikum ist eine weitere Station mit 18 Betten der Klinik zugeordnet. Alle Zimmer verfügen über ein hohes 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 Linksherzkathetermessplätzen. Hier erfolgen Koronarinterventionen, elektrophysiologische Untersuchungen und Ablationen von Herzrhythmusstörungen (einschließlich Vorhofflimmern), 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 durchgeführt. In Kooperation mit den Herzchirurgen des Herzzentrums Leipzig und des Herzzentrums Coswig 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 Intensivstation ist mit allen modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Fachgebietes ausgestattet. Es wird der Behandlungstandard der hochspezialisierten fachspezifischen Intensivmedizin vorgehalten.

Die Versorgung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist entsprechend der Erkrankung standardisiert und folgt einer genauen Planung. Eine schnelle Diagnostik und ggf. interventielle / operative Therapie wird gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht. Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 6,7 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).

B-[21].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0190) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II)
2	(3601) Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie

B-[21].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Andreas Hartmann, Chefarzt
Telefon:	0341 9092301
Fax:	0341 9092323
E-Mail:	kardiologie@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

	Medizinische Leistungsangebote
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:	3965
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[21].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	625
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	568
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	541
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	374
5	I11	Hypertensive Herzkrankheit	175
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	125
7	I20	Angina pectoris	121
8	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	91
9	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	83
10	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	80

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	2447
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1805
3	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1648
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1601
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1133
6	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	939
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	788

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
	Spezielle interdisziplinäre Diagnostik und Therapie
4	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Andreas Hartmann
	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].11 Personelle Ausstattung

B-[21].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 33,84

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	33,84	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	33,84
		Fälle je Anzahl:	117,2

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 15,16

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	15,16	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	15,16
		Fälle je Anzahl:	261,5

B-[21].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin
	3 Fachärzte
2	Innere Medizin und Kardiologie
	12 Fachärzte

B-[21].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	4 Fachärzte
2	Notfallmedizin
	7 Fachärzte
3	Sportmedizin
	1 Facharzt
4	Magnetresonanztomographie - fachgebunden -
	2 Fachärzte

B-[21].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:

40,00

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

Gesamt: 84,70

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	84,70	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	84,70
			Fälle je Anzahl:	46,8

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,66

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,66	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,66
			Fälle je Anzahl:	2388,6

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

Gesamt: 0,95

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	0,95	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,95
			Fälle je Anzahl:	4173,7

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

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

Chefarzt: Dr. med. Luisa Mantovani Löffler
Leitender Oberarzt: Dr. med. Albrecht Kretzschmar
Pflegedienstleitung: Kathrin Schaaf

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 Klinik verfügt über 2 Bettenstationen mit insgesamt 41 Betten an zwei Standorten in Eutritzsch und in Grünau. Die Patineten 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 gróßzügige Aufenthaltsräume, Die Verweildauer der Klinik liegt durchschnittlich bei 7,7 Tagen.

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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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	Palliativmedizin

B-[22].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1641
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[22].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	115
2	C83	Nicht follikuläres Lymphom	112
3	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	89
4	C91	Lymphatische Leukämie	86
5	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	73
6	C16	Bösartige Neubildung des Magens	73
7	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	69
8	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	63
9	C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	47
10	C92	Myeloische Leukämie	43

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	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	666
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	463
3	8-547	Andere Immuntherapie	427
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	385
5	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	301

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. Albrecht Kretzschmar(Teamleiter)
2	Spezialambulanz - Internistische Hämatologie und Onkologie
	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Interdisziplinäres Onkologisches Zentrum
3	Spezialambulanz - Internistische Hämatologie und Onkologie
	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Privatambulanz: Dr. med. Luisa Mantovani Löffler

B-[22].11 Personelle Ausstattung

B-[22].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 11,82

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	11,82	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	11,82
			Fälle je Anzahl:	138,8

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 8,81

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	8,81	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	8,81
			Fälle je Anzahl:	186,3

B-[22].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
	6 Fachärzte
2	Innere Medizin
	6 Fachärzte

B-[22].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Hämostaseologie
	1 Facharzt
2	Notfallmedizin
	1 Facharzt

B-[22].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 20,50

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	20,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	20,50
			Fälle je Anzahl:	80,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 1,82

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,82	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,82
			Fälle je Anzahl:	901,6

B-[22].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	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung
5	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

Chefarzt: Dr. med. Frank Mickley
Leitende Oberärztin: Dr. med. Claudia Schinköthe
Pflegedienstleiterin: Katrin Schaaf

Die Klinik für Akutgeriatrie mit Tagesklinik ist als Kernbereich des Geriatriezentrums Leipzig das bedeutendste regionale Zentrum für Akutgeriatrie. Für die Versorgung unentbehrlich ist dabei die enge Zusammenarbeit mit allen Teilbereichen der Inneren Medizin, Traumatologie, Neurologie und insbesondere auch mit der Schlaganfalleinheit. Es werden internistische Erkrankungen bei multimorbiden Patienten im höheren Lebensalter behandelt, 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.

Die Klinik verfügt über 2 Bettenstationen an zwei Standorten (Eutritzsch und Grünau) mit insgesamt 49 Betten und 22 tagesklinische Plätze. 4 Betten sind mit kardiopulmonalen Überwachungsmöglichkeiten ausgestattet. Die Patienten sind in Ein- oder 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 nach neuesten medizinischen Kenntnissen eingerichtete Therapieräume.

Die Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 10,7 Tagen.

In die Klinik für Akutgeriatrie ist eine Tagesklinik an den Standorten Eutritzsch und Grünau integriert, in welcher die teilstationäre Behandlung geriatrischer Patienten durchgeführt wird. Neben den oben genannten Krankheitsbildern erfolgt hier insbesondere die Behandlung von Gangstörungen, Schmerztherapie und die Diabetes- und Blutdruckeinstellung.

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 physio- und ergotherapeutische Angebote 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 geriatrischem Assessmentverfahren unter intensiver Einbeziehung der Angehörigen voran.

Ziel ist es, neben der körperlichen Wiederherstellung zur Erhaltung der Selbstversorgung und Vermeidung von Abhängigkeit insbesondere auch die soziale Kompetenz und die Kommunikationsfähigkeit des Patienten wiederzuerlangen.

Dabei kommen folgende Spezialbehandlungen, Methoden und Techniken zum Einsatz:

- multimodale Therapiekonzepte bei komplexen geriatrischen Erkrankungsbildern inkl. integrativer psychologischer und psychosozialer Betreuung
- Gerontopharmakologie zur Minimierung von Interaktionen infolge Multimedikation
- Sturzassessment und -prophylaxe
- die Durchführung internistischer Diagnostik, wie z. B. der Sonographie von Oberbauch/ Schilddrüse und Untersuchungsmethoden wie Echokardiographie, Langzeit-EKG, Duplexsonographie, Endoskopie
- Frührehabilitative geriatrische Komplextherapie

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	(0260) Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2	(0200) Geriatrie

B-[23].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Frank Mickley, Chefarzt
Telefon:	0341 9092604
Fax:	0341 9092638
E-Mail:	frank.mickley@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	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
2	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
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
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
20	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
21	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
22	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
23	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
24	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
25	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
26	Elektrophysiologie
27	Endoskopie
28	Palliativmedizin
29	Physikalische Therapie
30	Schmerztherapie
31	Transfusionsmedizin
32	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
33	Geriatrische Tagesklinik
34	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-[23].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
	zum Teil
2	Arbeit mit Piktogrammen
3	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

B-[23].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1515
Teilstationäre Fallzahl:	435

B-[23].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	160
2	I50	Herzinsuffizienz	151
3	S72	Fraktur des Femurs	84
4	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	68
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	66
6	A41	Sonstige Sepsis	37
7	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	37
8	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	31
9	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	29
10	N17	Akutes Nierenversagen	28

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	1062
2	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	544
3	9-401	Psychosoziale Interventionen	366
4	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	305

B-[23].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Geriatrie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. med. Frank Mickley

B-[23].11 Personelle Ausstattung

B-[23].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	10,37	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,37	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	10,37
			Fälle je Anzahl:	146,1

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	6,23			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,23	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,23
			Fälle je Anzahl:	243,2

B-[23].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin
	3 Fachärzte
2	Innere Medizin und Kardiologie
	1 Facharzt
3	Innere Medizin und Nephrologie
	1 Facharzt
4	Allgemeinmedizin
	2 Fachärzte

B-[23].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Geriatrie
	4 Fachärzte
2	Notfallmedizin
	1 Facharzt

B-[23].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 25,50

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	25,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	25,50
			Fälle je Anzahl:	59,4

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 3,17

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	3,17	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	3,17
			Fälle je Anzahl:	477,9

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

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	1,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,00
			Fälle je Anzahl:	1515,0

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

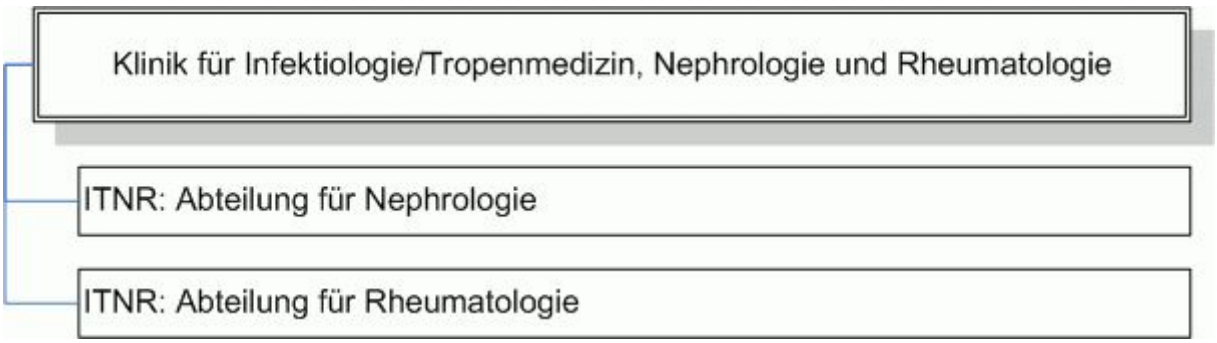
Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/infektiologietropenmedizin-nephrologie-und-rheumatologie.html

Geschäftsführender Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. Bernhard Ruf
Chefarzt Nephrologie: Prof. Dr. med. habil. Joachim Beige
Leitende Oberärztin Rheumatologie: Dr. med. Susette I. Unger
Leitender Oberarzt Infektiologie/Tropenmedizin: Dr. med. Thomas Grünewald
Pflegedienstleitung: Kathrin Schaaf

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 Isolierstation können hochkontagiöse Erkrankungen, wie z. B. viral-hämorrhagische Fieber, Pest, Vogelgrippe etc. behandelt werden. Überwiegend werden Patienten mit einheimischen Infektionserkrankungen, wie z.B. Meningitis, Darminfektionen, Lungenentzündungen und HIV sowie tropenmedizinische Erkrankungen behandelt.

In die Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie (ITNR) als Kernbereich ist organisatorisch die Abteilung Nephrologie und Rheumatologie unter der Leitung eines Geschäftsführenden Chefarztes (Prof. Dr. med. habil. Bernhard Ruf) integriert.

Das nachfolgende Organigramm verdeutlicht den Aufbau der Klinik.



Das Versorgungsspektrum der Abteilungen für Nephrologie und Rheumatologie sind in diesem Qualitätsbericht gesondert dargestellt.

Die Klinik verfügt über 4 Bettenstationen mit insgesamt 73 Betten (davon 2 Bettenstationen und 19 Betten in der Abteilung Nephrologie und 10 Betten in der Abteilung Rheumatologie) und 5 Betten in den infektiologischen Isoliereinheiten. 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 bei durchschnittlich 11 Tagen.

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 infektions- und tropenmedizinischen Beratung, Reiseberatungen sowie Reiseimpfungen im Zentrum für Reise- und Tropenmedizin an. Im 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 durchgeführt.

Weiterhin werden durch die Klinik eine HIV- und Tuberkulose-Ambulanz sowie eine 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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. habil. Bernhard Ruf, Chefarzt
Telefon:	0341 9092601
Fax:	0341 9092630
E-Mail:	KITNR@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	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	In Zusammenarbeit mit Mikrobiologie werden spezielle Verfahren zur Diagnose aller Infektionserreger durchgeführt
4	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
5	Behandlung von Infektionen mit multiresistenten Erregern einschließlich infektiologischer Komplextherapie
	Spezielle Diagnoseverfahren und therapeutische Konzepte bei Infektionen mit multiresistenten Erregern
6	Spezialsprechstunde
	Tropentauglichkeitsuntersuchungen
7	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
8	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

B-[24].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Arbeit mit Piktogrammen

B-[24].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1276
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[24].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	77
2	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	54
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	52
4	A41	Sonstige Sepsis	51
5	E86	Volumenmangel	49
6	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	48
7	A46	Erysipel [Wundrose]	38
8	A16	Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert	33
9	J20	Akute Bronchitis	24
10	A40	Streptokokkensepsis	23

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	362
2	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	179
3	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	177

B-[24].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Borreliose / Toxoplasmose
	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	Beratung, Diagnostik und Therapie von Patientenmit Borreliose oder Verdacht auf Borreliose und Toxoplasmose auf Überweisung: Prof. Dr. med. Bernhard Ruf
2	Spezialambulanz - HIV-Krankheiten
	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS
	Diagnostik und Therapie von HIV/ AIDS: Dr. med. Thomas Grünewald
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. Bernhard Ruf
4	ASV Tuberkulose
	Diagnostik und Therapie von Tuberkulose-Erkrankungen: Prof. Dr. med. Bernhard Ruf (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. Bernhard Ruf; Behandlung spezieller infektiologischer Fragestellungen auf Überweisung

B-[24].11 Personelle Ausstattung

B-[24].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	17,01	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	17,01	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	17,01
			Fälle je Anzahl:	75,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	7,56			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,56	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,00	**Stationär:**	6,56
			Fälle je Anzahl:	194,5

B-[24].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin
	8 Fachärzte

B-[24].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Infektiologie
	6 Fachärzte
2	Tropenmedizin
	4 Fachärzte

B-[24].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	25,10			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	25,10	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	25,10
			Fälle je Anzahl:	50,8

B-[24].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	Pflege in der Nephrologie
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung
6	Casemanagement

B-[24].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	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: Kathrin Schaaf, Claudia Vattes (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 20 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.

Die Abteilung ist die federführende Institution des Interdisziplinären Zentrums für Nierenkrankheiten (IZN; http://www.sanktgeorg.de/nierenzentrum.html). Hier wird gemeinsam mit der Klinik für Gefäßchirurgie die Dialyseshuntversorgung gewährleistet (250 Shuntanlagen pro Jahr), wofür die Nephrologie Vor- und Nachbereitung mit Sonografie gewährleistet. Gemeinsam mit der Klinik für Urologie werden urochirurgische 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.

Zum IZN gehört auch die pädiatrische Nephrologie in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Mit dieser Abteilung 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 wiederholt, zuletzt 2018, als Nephrologischen Schwerpunktklinik und Hypertoniezentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie 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 intern (Pathophysiologie der Adiponectinsekretion in vitro unter Urämiebedingungen) und extern mit europäischen, Forschungsverbünden und qualitätsgesicherter akademischer Forschungsförderung (u.a. EU FP-7Priority-Studie, ERA-Permed Perstigan (Koordinationsfunktion)).

B-[25].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0400) Nephrologie

B-[25].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	komplettes Spektrum
2	Dialyse
3	Shuntzentrum
	Kooperation mit Gefässchirurgie
4	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Reservetherapien
5	Spezialsprechstunde
	Nierensprechstunde Nephrol. Ambulanz KfH
6	Nierentransplantation
	Vor- und Nachsorge
7	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	Vaskulitis
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
10	Intensivmedizin
	extrakorporale Nierenersatztherapie
11	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
	Renale Osteodystrophie

B-[25].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
	zum Teil
2	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

B-[25].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	627
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[25].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N17	Akutes Nierenversagen	130
2	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	46
3	N18	Chronische Nierenkrankheit	45
4	E22	Überfunktion der Hypophyse	36
5	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	31
6	E86	Volumenmangel	31
7	I50	Herzinsuffizienz	28
8	N04	Nephrotisches Syndrom	24
9	A41	Sonstige Sepsis	15
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	11

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	928
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	202
3	1-846	Diagnostische perkutane Punktion von Harnorganen	70
4	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	58
5	9-401	Psychosoziale Interventionen	51

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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	2,40	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,40	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,40
			Fälle je Anzahl:	261,3

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	2,40			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,40	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,40
			Fälle je Anzahl:	261,3

B-[25].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin
	4 Fachärzte
2	Innere Medizin und Nephrologie
	4 Fachärzte

B-[25].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	9,90			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	9,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	9,90
			Fälle je Anzahl:	63,3

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 10 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. Die Verweildauer des Fachbereiches liegt bei durchschnittlich 9,2 Tagen.
In Zusammenarbeit mit den weiteren Fachdisziplinen des Klinikums wird der Interdisziplinarität der Rheumatologie Rechnung getragen. Rheumatologische Konsiliartätigkeit wird für das gesamte Klinikum angeboten.

Eine enge Verbindung besteht zu den niedergelassenen Rheumatologen der Region, die im Rahmen des Rheumakollegiums am Klinikum als Konsiliarärzte an der Betreuung aktiv mitwirken. Der Fachbereich organisiert regelmäßig ärztliche Fortbildungsveranstaltungen. Der Chefarzt fungiert als stellvertretender Sprecher des Rheumazentrums am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) und sichert damit die Verbindung zur Sektion Rheumatologie am UKL. Darüber hinaus ist er aktiv in die Arbeit der Rheuma-Liga Sachsen e.V. eingebunden.

Regelmäßig werden auf der Station Studenten im Praktischen Jahr sowie Famulanten betreut. Jährlich werden zwei Studentenkurse angeboten.

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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Susette I. Unger, Oberärztin
Telefon:	0341 909 2607
Fax:	0341 909 1371
E-Mail:	Susettellona.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

B-[26].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Arbeit mit Piktogrammen

B-[26].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	277
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[26].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	38
2	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	30
3	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	29
4	M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	17
5	M32	Systemischer Lupus erythematodes	12
6	M02	Reaktive Arthritiden	10
7	M34	Systemische Sklerose	10
8	L40	Psoriasis	10
9	M13	Sonstige Arthritis	10
10	M48	Sonstige Spondylopathien	8

B-[26].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[26].7.1 OPS, 4-stellig

B-[26].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[26].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die rheumatologische Ambulanz befindet sich am Standort West.

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
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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 2,00

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	2,00	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	2,00
		Fälle je Anzahl:	138,5

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 2,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	2,00	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	2,00
		Fälle je Anzahl:	138,5

B-[26].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin
	1 Facharzt
2	Innere Medizin und Rheumatologie
	1 Facharzt

B-[26].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	6,50			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,50
			Fälle je Anzahl:	42,6

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
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

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: Lutz Kindermann

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.
In der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen verfügt die Klinik über ein sehr breites Spektrum an klinischen und technischen Möglichkeiten. Im Jahr 2010 wurde ein zusätzlicher Arbeitsplatz mit hochauflösender Bildschirmtechnik (HDTV) in der Endoskopie installiert, womit krankhafte Veränderungen früher und besser diagnostiziert werden können. Neue Wege wurden u.a. in der endoskopischen Therapie von gutartigen Tumoren und Frühstadien bösartiger Tumoren mit der Etablierung der Endoskopischen Submukosa-Dissektion (ESD) und mit der Ausweitung der Eingriffe bei Komplikationen der Leberzirrhose (TIPS-Shunts) beschritten.
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 Klinik verfügt über 2 Bettenstationen an den Standorten Eutritzsch und Grünau mit insgesamt 37 Betten (Eutritzsch) und 20 Betten (Grünau). 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 bei durchschnittlich 5,5 Tagen.

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. Im Rahmen des "Ambulantes Operierens" (§115b SGB V) wurden insgesamt 688 Eingriffe durchgeführt.

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 des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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:	2382
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[27].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K29	Gastritis und Duodenitis	133
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	118
3	K80	Cholelithiasis	112
4	K85	Akute Pankreatitis	104
5	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	87
6	K70	Alkoholische Leberkrankheit	86
7	K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	77
8	E66	Adipositas	69
9	D50	Eisenmangelanämie	62
10	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	58

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	3415
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	2254
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1844
4	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	944
5	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	618
6	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	467
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	434

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	Spezialambulanz - Gastrointestinale Onkologie
	Diagnostik und Behandlung von Patienten mit gastroenterologischen Tumoren (Darmzentrum)
4	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Gastroenterologie
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
	Endoskopische diagnostische und therapeutische Eingriffe im Rahmen der vor- und nachstationären Betreuung
5	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Endokrinologische Erkrankungen
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik
6	Spezialambulanz - Gastroenterologie
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Ingolf Schiefke
7	Spezialambulanz - Endokrinologische Erkrankungen
	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	Privatambulanz: Dr. med. Jürgen Krug
8	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

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	207
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	85
3	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	84
4	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	52
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	13
6	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	11
7	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	< 4
8	5-431	Gastrostomie	< 4
9	1-653	Diagnostische Proktoskopie	< 4
10	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	< 4

B-[27].11 Personelle Ausstattung

B-[27].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	17,38	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	17,38	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	17,38
			Fälle je Anzahl:	137,1

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	10,33			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,33	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	10,33
			Fälle je Anzahl:	230,6

B-[27].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Innere Medizin und Gastroenterologie
	4 Fachärzte
2	Innere Medizin
	3 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt: 20,60

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	20,60	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	20,60
			Fälle je Anzahl:	115,6

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,78

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,78	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,78
			Fälle je Anzahl:	3053,9

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	Praxisanleitung
3	Casemanagement

B-[27].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-[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
Leitender Oberarzt (Leiter Stroke Unit): Dr. med. Mario Sterker
Pflegedienstleitung: Kathrin Schaaf

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.
Seit 2019 ist Herr Dr. med. Torsten Kraya neuer Chefarzt der Klinik.

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 38 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 Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 7,1 Tagen.

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	(2856) Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
3	(0156) Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten

B-[28].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Torsten Kraya, Chefarzt
Telefon:	0341 9093700
Fax:	0341 9093701
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:	1436
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[28].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirninfarkt	360
2	G40	Epilepsie	233
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	106
4	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	55
5	H81	Störungen der Vestibularfunktion	54
6	I61	Intrazerebrale Blutung	53
7	M54	Rückenschmerzen	33
8	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	23
9	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	22
10	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	21

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)	1374
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	512
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	499
4	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	433
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	365

B-[28].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[28].11 Personelle Ausstattung

B-[28].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	10,25	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	10,25	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	10,25
			Fälle je Anzahl:	140,1

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	4,00			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	4,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	4,00
			Fälle je Anzahl:	359,0

B-[28].11.1.1 Ärztliche 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	25,90			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	25,90	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	25,90
			Fälle je Anzahl:	55,4

B-[28].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

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 Pneumologie und Intensivmedizin

B-[29].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin
Straße:	Nikolai - Rumjanzew - Straße
Hausnummer:	100
PLZ:	04207
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/pneumologie-und-intensivmedizin.html

Chefarzt: komm. Stephan Nagel
Pflegedienstleitung: Kathrin Schaaf

Die Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin am Robert-Koch-Klinikum ist das größte pneumologische Zentrum des Regierungsbezirkes Leipzig im Freistaat Sachsen. Patienten mit Lungen- und Bronchialerkrankungen finden in dieser Schwerpunktklinik Aufnahme zur Akutversorgung, Diagnostik und Therapie.

Die Klinik verfügt über 5 Bettenstationen mit insgesamt 84 Betten darunter 8 Betten Intensivstation, 12 Betten Intermediate Care Station (IMC), 2 Normalstationen und ein Schlaflabor mit 8 Polysomnographie-Meßplätzen.

Die Patienten sind in Ein- oder Zweibettzimmern untergebracht. Alle Zimmer befinden sich in einem Neubau oder 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 Diagnostik (Lungenfunktion, Spiroergometrie, Bronchoskopie, Rechtsherzkatheter, Schlaflabor) erfolgt in modernen Eingriffs- bzw. Untersuchungsräumen. Eine schnelle Diagnostik und Therapie ist gewährleistet. Die rasche Mobilisierung der Patienten wird u.a. durch physiotherapeutische Angebote erreicht. Spezifische Angebote, bspw. eine individuelle Beratung durch den Sozialdienst, ergänzen das umfangreiche Angebot. Ein Entlassmanagement ist etabliert.

Auch im intensivmedizinischen Bereich sind die Stationen baulich und apperativ nach modernstem Stand ausgestattet. Innerhalb der Intensivstation des Robert-Koch-Klinikums wird ein hoher Anteil an besonders schwer erkrankten Intensivpatienten, häufig mit Mehrorganversagen, versorgt.

Die Klinik bietet neben der akutstationären Versorgung ein spezialisiertes Angebot zur ambulanten Behandlung an. Wichtige Angebote sind u.a. die Pneumolgische/Onkologische Spezialsprechstunde und die Vor- und Nachsorge von Patienten mit den eingangs genannten Krankheitsbildern.
Darüber hinaus besteht eine Privatsprechstunde.

Seit 2016 ist die Klinik als Lungenkrebszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. zertifiziert, Die Zertifizierung zum Weaning-Zentrum durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. erfolgte im Frühjahr 2018.

Die Klinik bildet regelmäßig 2 Studenten im Praktischen Jahr aus.

B-[29].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(0800) Pneumologie
2	(0108) Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie

B-[29].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Stephan Nagel, komm. Chefarzt
Telefon:	0341 4231202
Fax:	0341 4231203
E-Mail:	Stephan.nagel@sanktgeorg.de
Adresse:	Nikolai - Rumjanzew - Straße 100
PLZ/Ort:	04207 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/kliniken-abteilungen/pneumologie-und-intensivmedizin.html

B-[29].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Das Leistungsspektrum der Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin umfasst die Diagnostik und Therapie aller gutartigen sowie bösartigen Erkrankungen der Lunge, der Pleura und der Atemwege einschließlich pulmonaler Manifestationsformen, extrapulmonaler Erkrankungen.

Behandlungsschwerpunkte sind infektiöse, spezifische (Tuberkulose) und unspezifische entzündliche Erkrankungen, berufsbedingte Erkrankungen und interstitielle Lungenerkrankungen (z.B. Lungenfibrosen, Sarkoidosen), Malignome des Thorax, immunologische Erkrankungen (z.B. Allergien, Autoimmunerkrankungen), alle Formen der pulmonalen Hypertonie, sog. ‚seltene' Lungenerkrankungen und schlafbezogene Atmungsstörungen.

Das Spektrum umfasst außerdem die gesamte internistische Intensivmedizin und Beatmungsmedizin, mit Einstellung auf invasive- und nichtinvasive außerklinische Beatmung, inklusive Weaning.

Zur Kernkompetenz der Klinik zählt außerdem die hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Bronchoskopie und die transoesophagale Endosonographie.

An speziellen Behandlungen werden folgende Leistungen angeboten:

- Thorakale Endoskopie, einschließlich endobronchialer und transösphagealer Ultraschall mit Punktion
- Kryoablationen
- Beamerung
- kardiopulmonale Funktionsdiagnostik, einschließlich Spiroergometrie und Rechtsherzkatheter mit Medikamentenaustestung
- internistisch-pneumologische Sonographie
- Polysomnographie (8 Meßplätze)

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Bronchoskopie
2	Diagnostik und Therapie seltener Lungenerkrankungen

	Medizinische Leistungsangebote
3	Transoesophagale Endosonographie
	Diagnostik von Lymphknotenvergrößerungen oder Raumforderungen im Mediastinum
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Brustfells
5	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
6	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	Erkrankungen des Brustfells
10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
12	Physikalische Therapie
13	Intensivmedizin
14	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
15	Wespengift-Desensibilisierung
16	Adaptive Desaktivierung bei ASS-Intoleranz

B-[29].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	Aspekte der Barrierefreiheit
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung

B-[29].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	3340
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[29].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	G47	Schlafstörungen	840
2	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	616
3	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	318
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	170
5	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	140
6	J45	Asthma bronchiale	87
7	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	86
8	I50	Herzinsuffizienz	85
9	R91	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge	84
10	R06	Störungen der Atmung	77

B-[29].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[29].7.1 OPS, 4-stellig

B-[29].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-710	Ganzkörperplethysmographie	2698
2	1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie	1758
3	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	1547
4	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	1418
5	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	814
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	632
7	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	622

B-[29].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Pulmonale Tumore
	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Nachsorge von Patienten mit malignen pulmologischen Tumoren; Nachsorge von Problempatienten mit malignen pulmologischen Tumoren: Dr. med. Ev-Katlin Schwartz
2	Spezialambulanz - Pneumologie
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	Spezielle pneumologische Diagnostik u. Therapie von Problemfällen: Dr. med. Kathleen Gutjahr
3	Internistische Notfallambulanz
	internistische Notfallambulanz
4	Prästationäre Beratung und Diagnostik - Lungen- und Tuberkulosekrankheiten
	Vor- und Nachstationäre Behandlung u. Diagnostik

B-[29].11 Personelle Ausstattung

B-[29].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	22,07	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	22,07	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	22,07
			Fälle je Anzahl:	151,3

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	9,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	9,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	9,00
			Fälle je Anzahl:	371,1

B-[29].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[29].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	2 Fachärzte
2	Medikamentöse Tumortherapie
	1 Fachärztin
3	Schlafmedizin
	2 Fachärzte

B-[29].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 60,50

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	60,50	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	60,50
			Fälle je Anzahl:	55,2

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 2,78

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,78	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	2,78
			Fälle je Anzahl:	1201,4

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

Gesamt: 0,10

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,10	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,10
			Fälle je Anzahl:	33400,0

B-[29].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	Pflege in der Onkologie
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung
6	Casemanagement

B-[29].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

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

B-[30] Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

B-[30].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: Kathrin Schaaf

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 800 neuen Patienten steht folgender moderner Gerätepark zur Verfügung:

- zwei Linearbeschleuniger (Artiste, Oncor) mit unterschiedlichen Photonen (6 / 15 MV)- und Elektronen (6 - 21 MeV)- Energien für die Teletherapie
- Intrabeam - Gerät zur IORT
- ein Halbtiefentherapiegerät
- ein eigener Computertomograf zur Bestrahlungsplanung
- ein Therapiesimulator
- mehrere Computersysteme für die Bestrahlungsplanung der Tele- und Brachytherapie (Helax-TMS, OTP, VariSeed 7,0)
- ein Sonografiegerät

Die Klinik verfügt über 1 Bettenstation mit insgesamt 26 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 Verweildauer der Klinik liegt bei durchschnittlich 21 Tagen.
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. Wichtige Angebote sind im Rahmen der Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach §116a SGB V bzw. §31 Abs. 1a Ärzte - ZV die Durchführung aller strahlentherapeutischer Leistungen, Tumornachsorge (2000 Fälle) und interdisziplinäre Sprechstunden.
Unten genannte Diagnosen spiegeln alleinig unsere stationären Therapien wider.

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.

B-[30].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3300) Strahlenheilkunde

B-[30].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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-[30].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	HDR-Brachytherapie
	Alleinig oder in Kombination mit Perkutanbestrahlung/Chemotherapie
5	Bodystereotaxie
6	Intraoperative Anwendung der Verfahren
	IORT Intrabeam, intraoperatives Verfahren bei Mammakarzinom
7	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
8	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
9	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	eigenes CT
10	Spezialsprechstunde
	Interdisziplinäre Sprechstunden, Tumornachsorge, strahlenbiologische Beratung
11	Multimodale Therapiekonzepte

	Medizinische Leistungsangebote
	simultane Radio- Chemotherapie (148 Patienten/ 1000 Applikationen)
12	Psychoonkologie, komplementäre Medizin, Musiktherapie
13	Native Sonographie

B-[30].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	419
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[30].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	73
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	67
3	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	46
4	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	35
5	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	29
6	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	25
7	C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	12
8	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	12
9	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	9
10	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	8

B-[30].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[31].7.1 OPS, 4-stellig

B-[30].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	6622
2	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	905
3	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	537
4	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	379
5	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	274
6	9-401	Psychosoziale Interventionen	96
7	3-202	Native Computertomographie des Thorax	58

B-[30].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen
	Onkologische Strahlentherapie
2	Spezialambulanz - Strahlentherapie und Radioonkologie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. med. André Liebmann

B-[30].11 Personelle Ausstattung

B-[30].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	6,96	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,96	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	6,96
			Fälle je Anzahl:	60,2

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	5,53			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,53	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	5,53
			Fälle je Anzahl:	75,8

B-[30].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Strahlentherapie
	4 Fachärzte
2	Innere Medizin
	2 Facharzt

B-[30].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Palliativmedizin
	1 Facharzt

B-[30].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 11,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	11,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	11,00
			Fälle je Anzahl:	38,1

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

Gesamt: 1,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	1,00
			Fälle je Anzahl:	419,0

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
3	Praxisanleitung
4	Pflege in der Onkologie
5	Casemanagement

B-[30].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-[31] Zentrale Notfallaufnahme

B-[31].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.

Es wurden durch das Team der ZNA ca. 45 000 Patienten behandelt. Etwa 50 % aller Patienten sind den chirurgischen Disziplinen zuzuordnen. 34% der Patienten waren aufgrund internistischer Erkrankungen in der ZNA. Der Anteil der Neurologie liegt bei 6% aller Patienten. Weitere wichtige Fachrichtungen sind die Urologie sowie gynäkologische 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.
Seit 2011 können auf einer Notaufnahmestation mit 6 Betten zusätzlich Patienten versorgt werden. Es konnten so ca. 265 Patienten stationär versorgt werden.

In der Zentralen Notaufnahme (ZNA) steht 24 Stunden ein erfahrenes medizinisches Team, bestehend aus 12 Ärzten und 21 Pflegekräften zur Versorgung von Patienten mit akuten Erkrankungen und Unfallverletzten bereit.

Das ärztliche Team ist interdisziplinär besetzt mit Fachärzten für Chirurgie, Innere Medizin/Nephrologie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Allgemeinmedizin sowie 7 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-[31].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3792) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

B-[31].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Stefanie Hanschke, Chefarzt
Telefon:	0341 9093404
Fax:	0341 9093422

E-Mail:	stefanie.hanschke@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/notaufnahmen.html

B-[31].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-[31].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	265
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[31].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	31
2	E86	Volumenmangel	30
3	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	13
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	12
5	S06	Intrakranielle Verletzung	10
6	R55	Synkope und Kollaps	8
7	I50	Herzinsuffizienz	7
8	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	6
9	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	5
10	J20	Akute Bronchitis	5

B-[31].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[32].7.1 OPS, 4-stellig

B-[31].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	304
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	90
3	9-401	Psychosoziale Interventionen	14

B-[31].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Zentrale Interdisziplinäre Notfallaufnahme
	Notfallmedizin
2	Chirurgische Sprechstunde
	Allgemeinchirurgische Ambulanz
	Dr. med. Stefanie Hanschke
3	Chirurgische Sprechstunde
	Allgemeinchirurgische Ambulanz
	Dr. med. Susanne Schmoz
4	Chirurgische Sprechstunde
	Allgemeinchirurgische Ambulanz
	Christian Reiter
5	Spezialambulanz - Chirurgie, Schwerpunkt Proktologie
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Dr. med. Stefanie Hanschke

B-[31].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[31].11 Personelle Ausstattung

B-[31].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	13,11	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	13,11	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	11,91	**Stationär:**	1,20
			Fälle je Anzahl:	220,8

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	8,37			
Beschäftigungsverhältnis:	**Mit:**	8,37	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	7,37	**Stationär:**	1,00
			Fälle je Anzahl:	265,0

B-[31].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Allgemeinchirurgie
	4 Fachärzte
2	Innere Medizin
	3 Fachärzte
3	Orthopädie und Unfallchirurgie
	1 Facharzt
4	Viszeralchirurgie
	1 Facharzt
5	Allgemeinmedizin
	1 Facharzt

B-[31].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Intensivmedizin
	1 Facharzt
2	Notfallmedizin
	3 Fachärzte
3	Handchirurgie
	1 Facharzt
4	Spezielle Unfallchirurgie
	1 Facharzt
5	Sportmedizin
	1 Facharzt

B-[31].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 28,71

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	28,71	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	25,03	**Stationär:**	3,68
			Fälle je Anzahl:	72,0

B-[31].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-[31].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	Wundmanagement
10	Sturzmanagement

B-[32] Verbund Gemeindenahe Psychiatrie

B-[32].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Verbund Gemeindenahe Psychiatrie
Straße:	Holzhäuser Straße
Hausnummer:	74
PLZ:	04299
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/patienten-besucher/verbund-gemeindenahe-psychiatrie.html

Chefärztin: Dipl. med. Maria Nollau

Der Verbund Gemeindenahe Psychiatrie ist ein ambulantes und tagesklinisches Behandlungs- und Beratungszentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Problemen im Erwachsenenalter.

Der Verbund Gemeindenahe Psychiatrie ist an 5 Standorten im Stadtgebiet von Leipzig verteilt, so dass wohnortnahe Erreichbarkeit und rasche aufsuchende Hilfsmöglichkeiten realisierbar sind.

Die Verknüpfung der drei Betreuungsebenen

• Institutsambulanz
• Tagesklinik
• Sozialpsychiatrischer Dienst
gewährleistet die Einheit von psychologisch/psychiatrischer und psychosozialer Betreuung ermöglicht.

An folgenden Standorten im Stadtgebiet Leipzig ist der Verbund Gemeindenahe Psychiatrie präsent:

• Mitte / Nord: Eitingonstraße 12
• Süd / Südost: Holzhäuser Straße 74
• Nordost: Kieler Straße 65
• West / Südwest: Friesenstraße 8
• Grünau: Karlsruher Str. 54

Der Schwerpunkt der Tätigkeit des VGP besteht darin, ein integriertes Angebot für die Behandlung und sozialpsychiatrische Betreuung vor allem chronisch psychisch kranker Menschen, überwiegend aus dem Stadtgebiet Leipzig, vorzuhalten.

Bestandteil der Arbeit ist ein Krisendienst mit dem "Leipziger Krisentelefon" als Möglichkeit der niedrigschwelligen Beratung und Hilfestellung in psychischen
Krisen- und Konfliktsituationen.

Das Therapieangebot des VGP orientiert sich an der Schwere sowie Langwierigkeit der bestehenden psychischen Störungen.

B-[32].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(2960) Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

B-[32].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dipl. med. Maria Nollau, Chefarzt
Telefon:	0341 8692060
Fax:	0341 86920650
E-Mail:	vgp.schoenbachstrasse@sanktgeorg.de
Adresse:	Schönbachstraße 2
PLZ/Ort:	04299 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/patienten-besucher/verbund-gemeindenahe-psychiatrie.html

B-[32].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Der Schwerpunkt der Tätigkeit des VGP besteht darin, ein integriertes Angebot für die Behandlung und sozialpsychiatrische Betreuung vor allem chronisch psychisch kranker Menschen, aus dem Stadtgebiet Leipzigs, vorzuhalten. Das Therapieangebot des VGP orientiert sich an der Schwere und Langwierigkeit der häufig bereits chronischen psychischen Störungen, bietet aber auch Erstbehandlung bei akuten psychischen Krisen an.

An 5 Standorten im Leipziger Stadtgebiet werden die Versorgungsbereiche

• Tagesklinik (außer Standort Kieler Str. 65)
• Institutsambulanz
• Sozialpsychiatrischer Dienst

abgedeckt.
Die einzelnen Leistungsbereiche möchten wir Ihnen an dieser Stelle kurz vorstellen:

Tagesklinik

Es stehen 60 Plätze, für Erwachsene ab 18. Lebensjahr, davon 7 Plätze für Menschen ab ca. 60. Lebensjahr (Geronto-Psychiatrische Tagesklinik) zur Verfügung.

Die Tageskliniken arbeiten nach einem integrativen Therapiekonzept und sind auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der psychischen Erkrankungen ausgerichtet.

Leistungsschwerpunkte:

• Affektive Störungen (Depression, bipolare Störungen, Manie)
• Angststörungen
• Persönlichkeitsstörungen
• Anpassungsstörung
• Psychotische Störungen in Remissionsphase

In der Geronto-Psychiatrischen Tagesklinik werden zusätzlich

• Organisch affektive Störungen

• Beginnende Demenz mit Verhaltensauffälligkeiten

behandelt.

Die spezifische Behandlung (Entwöhnungstherapie) von Suchterkrankten erfolgt dabei nicht. Bei Kormorbiditäten Suchterkrankter ist nach Entgiftung / Entwöhnung die Tagesklinikbehandlung möglich.

Die Tagesklinikbehandlung erfolgt montags bis freitags für je 8 Stunden (meist 8-16 Uhr) als Alternative zur vollstationären Behandlung, wenn eine Selbstversorgung in den Nachtstunden und an den Wochenenden möglich bzw. durch Betreuungspersonen gesichert ist.

Die Behandlung der Patienten wird durch ein Team von Fachärzten für Psychiatrie / Psychotherapie (z.T. auch Neurologie), Diplom-Psychologen, Ergo- und Physiotherapeuten, Krankenschwestern und Sozialarbeitern, entsprechend der Psych-PV, durchgeführt.

Institutsambulanz

Die Institutsambulanz ist zugängig für Menschen mit psychischen und psychosozialen Problemen. Die Behandlung erfolgt durch ein Team von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Diplom-Psychologen, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Krankenschwestern. Das Leistungsspektrum umfasst die Behandlung folgender Störungen:
• Affektive Störungen (Depression, Bipolare Störungen, Manie)
• Angststörungen
• schizophrene Erkrankungen und schizoaffektive Störungen sowie Verhaltensstörungen bei intellektuellen Beeinträchtigungen und dementiellen Prozessen
• organisch affektive Störungen
• Persönlichkeitsstörungen
• Suchterkrankungen mit Komorbiditäten

Folgendes Behandlungs- und Diagnostikangebot besteht:

• psychiatrische Diagnostik und Behandlung
• spezifisches Angebot: Diagnostik autistischer Störungen
• tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Rahmen des Komplexangebotes (keine Richtlinienpsychotherapie)
• Verhaltens- und systemische Therapie im Rahmen des Komplexangebotes (keine Richtlinienpsychotherapie)
• psychologische Diagnostik / Hirnleistungsdiagnostik
• Vermittlung von verschiedenen Entspannungstechniken (konzentrative Entspannung, autogenes Training, progressive Muskelrelaxation, Yoga)
• Ergotherapie als Gruppentherapie
• Physiotherapie als Gruppentherapie
• Hirnleistungstraining als Gruppentherapie
• Hausbesuche im ärztlichen Dienst und durch Schwestern / Depot-Injektionen zur Erkrankungsprophylaxe

Sozialpsychiatrischer Dienst

Die Hauptaufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienst besteht in der Koordinierung psychosozialer Maßnahmen in Prävention, Nachsorge und Rehabilitation. Hauptansprechpartner sind Sozialarbeiter, unterstützt werden sie und für spezifische Leistungen hinzugezogen durch Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie / Psychiatern sowie Diplom-Psychologen, ergänzt durch die Leistungen von Ergo- und Physiotherapeuten und Krankenschwestern.

Folgende Einzelaufgaben gehören zum Arbeitsalltag:

• Koordination psychiatrischer und psychosozialer Betreuung innerhalb des psychiatrischen Betreuungsnetzwerkes
• Leitung und Koordinierung der PSAG's
• Psychosoziale Beratung der Hilfesuchenden (Angehörige, Patienten, Betreuer ...)
• Krisendienst mit Leipziger Krisentelefon (Angebotszeiten 19:00 bis 07:00 Uhr des nächsten Tages, am Wochenende und Feiertagen rund um die Uhr) bis Ende 2018
• Hilfeleistung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen
• Hilfe bei Behördenangelegenheiten
• Vermittlung von Hilfsmöglichkeiten
• Hausbesuche - als kontinuierliche Unterstützung oder als Krisenintervention bzw. zu diagnostischen Zwecken (Prüfung ob psychische Problematik vorliegt)
• Hausbesuche
• Gutachtenerstellung für Eingliederungshilfeansprüche
• Begegnungsgruppen für (vor allem älteren) Menschen mit psychischen Erkrankungen
• Angehörigengruppen
• tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit psychischen Störungen und Entwicklung von Alltagskompetenzen (Sozialtraining / Gedächtnistraining
• Sozialtraining
• Gedächtnistraining
• Bewegungsgruppen
• Öffentlichkeitsarbeit
• Angebote für Weiterbildungen in sozialen Netzwerken (Straßensozialarbeiter, Betriebssozialarbeiter)

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

	Medizinische Leistungsangebote
1	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervension, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
2	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
	Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervension, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervension, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervension, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
5	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	aufsuchende Tätigkeit; Integration in das komplexe psychiatrische und gerontopsychiatrische Netzwerk der Stadt Leipzig; Öffentlichkeitsarbeit und Übernahme hoheitlicher Aufgaben, Betreuung von Selbsthilfegruppen
6	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervension, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
7	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
	Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervension, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
8	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
	Asperger-Autismus
9	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
	Therapeutisches Komplexangebot mit ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Bestandteilen, Krisenintervension, ärztliche Hausbesuchstätigkeit
10	Psychiatrische Tagesklinik
	Ab 18. Lebensjahr psychiatrische Tagesklinik; 7 Plätze in gerontopsychiatrische Tagesklinik ab 60. Lebensjahr

	Medizinische Leistungsangebote
11	Spezialsprechstunde
	Vor-Diagnostik für Tagesklinik
12	Sozialpsychiatrischer Dienst
	aufsuchende Tätigkeit; Integration in das komplexe psychiatrische und gerontopsychiatrische Netzwerk der Stadt Leipzig; Öffentlichkeitsarbeit und Übernahme hoheitlicher Aufgaben, Betreuung von Selbsthilfegruppen

B-[32].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	427

B-[32].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[32].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[33].7.1 OPS, 4-stellig

B-[32].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	Bezeichnung	Fallzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	13519
2	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	8

B-[32].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Psychiatrische Institutsambulanz
	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
	Erbringung aller psychiatrischen Leistungen, einschließlich Physio- und Ergotherapie

B-[32].11 Personelle Ausstattung

B-[32].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	10,87	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,87	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	7,90	**Stationär:**	2,97
			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	9,96			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	9,96	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	7,76	**Stationär:**	2,20
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[32].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Neurologie
	7 Fachärzte
2	Psychiatrie und Psychotherapie
	11 Fachärzte

B-[32].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Psychotherapie - fachgebunden -
	5 Fachärzte
2	Geriatrie
	1 Facharzt
3	Akupunktur
	1 Facharzt

B-[32].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	9,36			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	9,36	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	6,08	**Stationär:**	3,28
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[32].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen				
Gesamt:	10,39			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,39	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	4,73	**Stationär:**	5,66
			Fälle je Anzahl:	0,0

Ergotherapeuten				
Gesamt:	7,63			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,63	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	7,63	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten				
Gesamt:	5,04			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,04	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	5,04	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen				
Gesamt:	11,83			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	11,83	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	11,83

Stationär:	0,00
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[33] Klinik für Radiologie

B-[33].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
Leitende Röntgenassistentin: Anke Stübner

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-[33].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3750) Angiologie
2	(3751) Radiologie

B-[33].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Arnd-Oliver Schäfer, Chefarzt
Telefon:	0341 9092701
Fax:	0341 9093040
E-Mail:	arnd-oliver.schaefer@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-[33].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	Lymphographie

	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	Intraoperative Anwendung der Verfahren
22	Quantitative Bestimmung von Parametern
23	Interventionelle Radiologie
24	Kinderradiologie
25	Neuroradiologie
26	Teleradiologie
27	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
28	Tumorembolisation

B-[33].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[33].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[34].7.1 OPS, 4-stellig

B-[33].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[33].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Konventionelle Röntgendiagnostik, Mammographie
	Konventionelle Röntgenaufnahmen
	Prof. Dr. med. Arnd-Oliver Schäfer
2	Spezialambulanz - Sonographie
	Eindimensionale Dopplersonographie
	Native Sonographie
	Sonographie mit Kontrastmittel
	Ambulante Sonographie, Doppler-und Duplexsonographie extracranieller und tracranieller peripherer und abdominaler Gefäße: DM Olaf Elsner
3	Spezialambulanz - Mammographie
	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	Philipp Albert
4	Spezialambulanz - Pädiatrische Radiologie
	Kinderradiologie
	Dr. med. Alexander Polednia
5	Spezialambulanz - Radiologische und CT-Untersuchung
	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	Computertomographie (CT), nativ
	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	Konventionelle Röntgenaufnahmen
	Standort Grünau: Dipl.-med. Scharbert
6	Spezialambulanz - Bildgebende Diagnostik, MRT, CT, Sonographie-Leistungen
	Spezialsprechstunde
	Privatambulanz: Prof. Dr. med. Arnd-Oliver Schäfer

B-[33].11 Personelle Ausstattung

B-[33].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt:	17,28	**Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:**	40,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	17,28	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,25	**Stationär:**	16,03
			Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt:	9,27			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	9,27	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,25	**Stationär:**	8,02
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[33].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Radiologie
	8 Fachärzte
2	Radiologie, SP Neuroradiologie
	2 Fachärzte
3	Radiologie, SP Kinderradiologie
	1 Facharzt

B-[33].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	Dr. med. Alexander Polednia: Subspezialisierung Kinderradiologie

B-[33].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

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

Gesamt: 0,66

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,66	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,66
			Fälle je Anzahl:	0,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt: 0,10

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

B-[34] Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin

B-[34].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

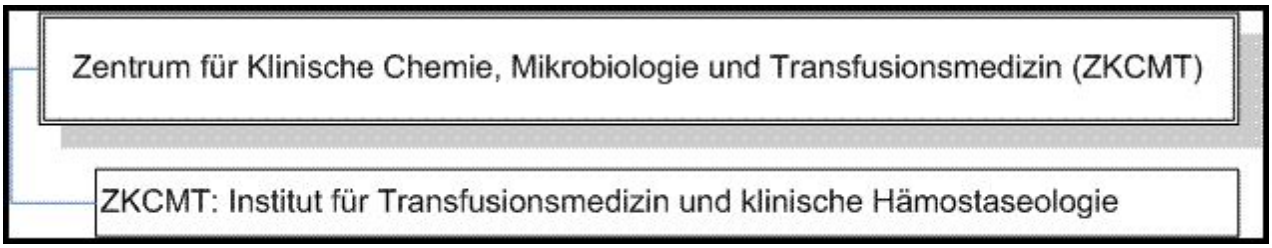
Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin
Straße:	Delitzscher Straße
Hausnummer:	141
PLZ:	04129
Ort:	Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zkcmt-laborzentrum.html

Chefarzt: Dr. med. Andreas Pöge
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-[34].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3791) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(III)

B-[34].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Andreas Pöge, Chefarzt
Telefon:	0341 909 3019
Fax:	0341 909 2522
E-Mail:	andreas.poege@sanktgeorg.de
Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/zkcmt-laborzentrum.html

B-[34].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[34].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Klinische Chemie, Mikrobiologie und klinische Hämostaseologie
	Labordiagnostik
	Dr. med. Andreas Pöge

B-[34].11 Personelle Ausstattung

B-[34].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 0,50 **Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:** 40,00

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

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 0,50

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

B-[34].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[35] Institut für Transfusionsmedizin und Klinische Hämostaseologie

B-[35].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/institut-fuer-transfusionsmedizin-und-klinische-haemostaseologie.html

Chefarzt: Dr. med. Karin Liebscher.

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 befíndet sich im Haus 20 am Standort Leipzig-Eutritzsch.

B-[35].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[35].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Karin Liebscher, Chefarzt
Telefon:	0341 909 2509
Fax:	0341 909 2531
E-Mail:	itkh@sanktgeorg.de

Adresse:	Delitzscher Straße 141
PLZ/Ort:	04129 Leipzig
URL:	https://www.sanktgeorg.de/medizinische-bereiche/zentren-institute/institut-fuer-transfusionsmedizin-und-klinische-haemostaseologie.html

B-[35].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[35].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Patienten mit Gerinnungsstörungen
	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	Privatambulanz: Dr. med. Karin Liebscher

B-[35].11 Personelle Ausstattung

B-[35].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 3,09

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	3,09	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	3,09
		Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 3,09

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	3,09	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	3,09
		Fälle je Anzahl:	0,0

B-[35].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Transfusionsmedizin
	4 Fachärzte

B-[35].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Hämostaseologie
	4 Fachärzte

B-[36] Institut für Pathologie und Tumordiagnostik

B-[36].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-[36].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3792) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

B-[36].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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-[36].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[36].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	Spezialambulanz - Pathologie
	Spezielle histologische Untersuchungen
	Dr. med. Volker Wiechmann

B-[36].11 Personelle Ausstattung

B-[36].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 6,38

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	6,38	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	6,38
		Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 3,92

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	3,92	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	3,92
		Fälle je Anzahl:	0,0

B-[36].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Pathologie
	6 Fachärzte

B-[37] 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-[37].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3792) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(IV)

B-[37].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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-[37].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-[37].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[37].11 Personelle Ausstattung

B-[37].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)

Gesamt: 1,00

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,00	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	1,00
		Fälle je Anzahl:	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis:

Mit:	1,00	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:

Ambulant:	0,00	**Stationär:**	1,00
		Fälle je Anzahl:	0,0

B-[37].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
1	Hygiene und Umweltmedizin

B-[37].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	Zusatz-Weiterbildung
1	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[37].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:
40,00

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt:	4,40			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,40	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	4,40
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[37].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	Anerkannte Fachweiterbildungen / zusätzliche akademische Abschlüsse
1	Hygienefachkraft
	1,97 VK

B-[38] Geschäftsbereich Apotheke

B-[38].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-[38].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	Fachabteilungsschlüssel
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[38].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

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-[38].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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
1	Herzschrittmachervers Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	256	100
2	Herzschrittmachervers Aggregatwechsel (09/2)	28	100
3	Herzschrittmachervers Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	32	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	56	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	13	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	11	100
7	Karotis-Revaskularisation (10/2)	82	100
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	355	100
9	Geburtshilfe (16/1)	1593	100,06
10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	99	100
11	Mammachirurgie (18/1)	274	100,73
12	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	457	100,22
13	Hüftendoprothesenver (HEP)	303	100,66

	Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)
14	Hüftendoprothesenver Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	276	100
15	Hüftendoprothesenver Hüft-Endoprothesenwechse und -komponentenwechsel (HEP_WE)	30	100
16	Knieendoprothesenve (KEP)	123	100
17	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	107	100
18	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesenwe und -komponentenwechsel (KEP_WE)	16	100
19	Neonatologie (NEO)	319	100,31
20	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	640	100,16

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 aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

	Kennzahl-ID	**2194**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,56 % - 1,96 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	8,97
Grundgesamtheit	198
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Kennzahl-ID	**2195**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,19 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges 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	**51191**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,93 % - 4,96 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,17 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,32
Grundgesamtheit	256
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,98 % - 98,8 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	89,04 % - 89,45 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	276
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	283

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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Kennzahl-ID	**52305**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,91 % - 98,07 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,66 % - 95,81 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	899
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	925
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 1,48 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	1,36 % - 1,53 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	256
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen.Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,76 % - 99,75 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,46 % - 98,64 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	219
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	221
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten

Kennzahl-ID	**54141**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen.Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,09 % - 99,54 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,72 % - 96,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	218
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	221

Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten

Kennzahl-ID	**54142**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen.Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 1,71 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,16 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	221

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen.Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,48 % - 1,66 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft	
Kennzahl-ID	**52307**
Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,97 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,22 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	123
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	123
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
Vergleich vorheriges 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	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 13,82 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,11 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25
Grundgesamtheit	32
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers	
Kennzahl-ID	**52315**
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,34 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	21
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
Kennzahl-ID	**50005**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	90,55 % - 99,68 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,28 % - 96,75 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	55
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	56

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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen

Kennzahl-ID	**50055**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	87,88 % - 99,02 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	91,75 % - 92,43 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	56
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
Vergleich vorheriges 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	**51186**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,75 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,1 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges 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 (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	89,61 % - 99,17 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	91,4 % - 92 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	64
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	66

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
Vergleich vorheriges 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 (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	97,7 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,13 % - 96,4 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	163
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	163
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)

Kennzahl-ID	**52325**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 6,76 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,71 % - 0,94 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	53
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,23 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,6 % - 98,78 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	98
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	98

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
Vergleich vorheriges 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	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 22,1 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,12 % - 1,49 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation

Kennzahl-ID	**52001**
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,27 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,00 %
Vertrauensbereich	2,98 % - 3,35 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	69
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Infektion, die zu einer erneuten Operation führte

Kennzahl-ID	**52002**
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,27 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,47 % - 0,63 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	69
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)	
Kennzahl-ID	**52324**
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,35 % - 0,71 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)	
Kennzahl-ID	**52328**
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,27 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 8,69 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,2 % - 3,58 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	69

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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID	**11704**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,99 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,08 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,11 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Kennzahl-ID	**51437**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,88 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,12 % - 99,72 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
Kennzahl-ID	**51445**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,28 % - 2,29 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Kennzahl-ID	**51448**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,03 % - 3,67 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind	
Kennzahl-ID	**51859**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 8,97 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,7 % - 3,4 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	39

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Kennzahl-ID	**51860**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,98 % - 4,55 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

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

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,15 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,12 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Kennzahl-ID	**52240**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	3,9 % - 10,96 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht

Kennzahl-ID	**603**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	89,28 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,78 % - 99,11 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	32
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht	
Kennzahl-ID	**604**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	91,03 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,68 % - 99,87 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
Kennzahl-ID	**605**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,44 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Kennzahl-ID	**606**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,08 % - 3,59 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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

Kennzahl-ID	**10211**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Vertrauensbereich	7,23 % - 8,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
Kennzahl-ID	**12874**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 13,32 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	1,11 % - 1,33 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
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
Vergleich vorheriges 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: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,17 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Kennzahl-ID	**52283**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,89 % - 5,73 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,94 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,38 % - 2,56 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	175
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**60683**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	11,01 % - 13,58 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Kennzahl-ID	**60684**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	11,05 % - 12,96 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Kennzahl-ID	**60685**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,25 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	↑ verbessert

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

Kennzahl-ID	**60686**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 40,23 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,39 % - 20,68 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges 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: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	73,82 % - 93,74 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 74,04 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	87,96 % - 88,59 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	45
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
Vergleich vorheriges 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: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 9,18 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,23 % - 0,46 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Kennzahl-ID	**318**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	92,34 % - 99,75 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,96 % - 97,37 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	69
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	70
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)

Kennzahl-ID	**321**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	86,68 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,18 % - 97,87 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**50045**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,38 % - 97,89 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	99,14 % - 99,21 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	419
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	434
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
Vergleich vorheriges 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: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,12 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) - bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt	
Kennzahl-ID	**51803**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen.Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,67 % - 2,04 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,32
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,08 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	10,26
Grundgesamtheit	1469
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
Vergleich vorheriges 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: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,25 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,00 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,18 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,7
Grundgesamtheit	96
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Kennzahl-ID	**52249**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,85 % - 1 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,23 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	426
Erwartete Ereignisse	463
Grundgesamtheit	1581
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,18 % - 1,36 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden

Kennzahl-ID	**54030**
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	21,24 % - 38,9 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	13,85 % - 14,4 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	99
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,98 % - 2,22 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,05 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	11,26
Grundgesamtheit	74
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID	**54040**
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 4,84 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,99 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,76
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,47 % - 1,71 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	8,78
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,47 % - 2,45 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,07 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,56
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	84,77 % - 96,56 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 85,00 %
Vertrauensbereich	95,16 % - 95,52 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	75
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)

Kennzahl-ID	**2163**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,19 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)

Kennzahl-ID	**50719**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 8,20 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,42 % - 6,71 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Kennzahl-ID	**51370**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Werden 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 in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	4,4 % - 14,1 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 16,36 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,85 % - 4,17 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	125
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert	
Kennzahl-ID	**51846**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,71 % - 99,18 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,57 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	186
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	190
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
Vergleich vorheriges 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	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	89,67 % - 98,73 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,23 % - 96,63 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	78
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges 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	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.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 Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	10,99 % - 22,09 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,86 % - 13,38 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	165

Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig 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	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,76 % - 98,1 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
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
Vergleich vorheriges 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 möglichst vollständig 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	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,2 % - 99,84 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,14 % - 99,38 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	113
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	114
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID	**52009**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,54 % - 0,77 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	127
Erwartete Ereignisse	195,96
Grundgesamtheit	33912
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Kennzahl-ID	**52010**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 0,03 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33912
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A99** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert
Kommentar / Erläuterung	
Kommentar extern	Sowohl ein Dokumentationsfehler als auch Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht.

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,84 % - 3,76 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,12 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,14 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	3,6
Grundgesamtheit	229

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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	93,26 % - 98,94 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,05 % - 97,2 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	144
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	148
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	80,91 % - 98,37 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	91,99 % - 92,72 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand

Kennzahl-ID	**54003**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	19,3 % - 34,49 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	13,48 % - 14,03 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	126
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	92,56 % - 97,74 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 85,00 %
Vertrauensbereich	95,72 % - 95,9 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	232
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	242
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden

Kennzahl-ID	**54010**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kri-terien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf we-sentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Trans-parenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept kön-nen dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,21 % - 99,63 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,03 % - 98,16 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	146
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	148

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,11 % - 2,27 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,40 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	16,24
Grundgesamtheit	237
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit".Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,19 % - 0,23 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,72 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,46 % - 1,57 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,15 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,84 % - 6,54 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	5,44 % - 15,67 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 11,41 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,45 % - 4,79 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	128

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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 7,50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,28 % - 2,42 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

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

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,37 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,95 % - 3,55 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	94,93 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,75 % - 97,9 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	72
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	89,57 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,17 % - 96,68 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	71,67 % - 98,89 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	92,87 % - 93,72 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden

Kennzahl-ID	**54026**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kri-terien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf we-sentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Trans-parenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept kön-nen dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	90,78 % - 98,54 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	92,79 % - 93,04 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	103
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	107

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher er¬warteten 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,95 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**D50** - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	🡻 verschlechtert

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,35 % - 1,46 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 3,47 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,89 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,1 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	107

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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 19,36 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 13,33 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,25 % - 4,96 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 4,05 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	91
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
Vergleich vorheriges 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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	97,43 % - 100 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 98,54 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	99,76 % - 99,81 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	115
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

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 Frühgeborenen)

Kennzahl-ID	**50050**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 5,46 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,09 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,62
Grundgesamtheit	27

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 Frühgeborenen)

Kennzahl-ID	**50052**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,81 % - 1,05 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Kennzahl-ID	**50053**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 3,33 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,04 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,01
Grundgesamtheit	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
Mit Bezug zu Infektionen	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,41 % - 4,96 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,87 % - 0,97 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	3,39
Grundgesamtheit	292
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	🙂 verbessert

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	**50062**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 0,88 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,54 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,87 % - 0,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,23
Grundgesamtheit	133
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Ein Hörtest wurde durchgeführt

Kennzahl-ID	**50063**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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	96,72 % - 99,5 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,77 % - 97,95 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	305
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	309
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Kennzahl-ID	**50069**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,52 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,05 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Kennzahl-ID	**50074**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0,47 % - 1,67 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,04 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	10,05
Grundgesamtheit	277
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen)

Kennzahl-ID	**51070**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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 % - 1,33 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,31 % - 0,38 %

Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	285
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Kennzahl-ID	**51076**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 12,46 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3 % - 3,68 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	27

Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Kennzahl-ID	**51078**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3,03 % - 3,91 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
Kennzahl-ID	**51079**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 12,46 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	5,07 % - 6,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	27

Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
Kennzahl-ID	**51832**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3,6 % - 4,34 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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 Frühgeborenen)	
Kennzahl-ID	**51837**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,01 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
Kennzahl-ID	**51838**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 12,46 %

Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,91 % - 2,43 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	27

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Kennzahl-ID	**51843**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	0 % - 7,53 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,02 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,45
Grundgesamtheit	27

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden.Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.[Anonym] (2008): Incorrect Data Analysis in: Association of Preterm Birth with Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth [Corrections; JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429]. JAMA - Journal of the American Medical Association 300(2): 170-171. DOI: 10.1001/jama.300.2.170-c.Dimick, JB; Welch, H; Birkmeyer, JD (2004): Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. The Problem With Small Sample Size. JAMA - Journal of the American Medical Association 292(7): 847-851. DOI: 10.1001/jama.292.7.847.Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0.Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 14291436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,88 % - 0,98 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Wachstum des Kopfes	
Kennzahl-ID	**52262**
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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	
Ergebnis	—
Vertrauensbereich	—
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 21,74 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	9,58 % - 10,53 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
Kennzahl-ID	**2005**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	95,98 % - 98,46 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	625
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	641
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Kennzahl-ID	**2006**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	96,04 % - 98,53 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	604
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	619

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Ker
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	78,2 % - 99,19 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	22

Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Kennzahl-ID	**2009**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	75,18 % - 81,83 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	458
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	582
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A42** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben

Kennzahl-ID	**2013**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	87,16 % - 93,33 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	312
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	344
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	⚲ verbessert

Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt

Kennzahl-ID	**2028**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	55,23 % - 64,09 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	279
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	467
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A42** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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
Mit Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	68,93 % - 75,88 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	457
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	630
Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A42** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
Vergleich vorheriges 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	**50778**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Mit Bezug zu Infektionen	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses	
Vertrauensbereich	1,08 % - 1,6 %
Bundesergebnis	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
Fallzahl	
Beobachtete Ereignisse	86
Erwartete Ereignisse	65
Grundgesamtheit	641
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
Vergleich vorheriges Berichtsjahr	➲ unverändert

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

☐	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
☑	Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

	Disease Management Programm
1	Brustkrebs
2	Diabetes mellitus Typ 1
3	Diabetes mellitus Typ 2
4	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

HNO Klinik

- 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

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

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

Zentrale Sterilisation

- Zertifizierung nach DIN ISO 13485

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

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:	18
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

Bezeichnung:	**Kniegelenk-Totalendoprothesen**
Erbrachte Menge:	71
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

Bezeichnung:	**Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas**
Erbrachte Menge:	36
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

Bezeichnung:	**Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus**
Erbrachte Menge:	20
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	**Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1**
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	18
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	12
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein

Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	**Kniegelenk-Totalendoprothesen**
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	71
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	54
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	**Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas**
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	36
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	27
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	**Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus**

Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	20
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	14
Prüfung durch Landesverbände:	Rechtsstreit anhängig
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
2	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinatalzentrum LEVEL 1

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	250
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	223
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	205