

**Strukturierter
Qualitätsbericht**

**gemäß § 136b
Absatz 1 Satz 1
Nummer 3 SGB V**



**Berichtsjahr
2019**

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

mit dem Ihnen vorliegenden strukturierten Qualitätsbericht für das Jahr 2019 erfüllen wir nicht nur eine gesetzliche Vorgabe, vielmehr leitet uns hier unser eigener Anspruch nach einer größtmöglichen Transparenz. Wir stellen ihn unter einen unserer eigenen Leitsätze „Gesundheit ist uns Verpflichtung“ und wollen uns bewusst, aber auch kritisch, mit den Stärken und den Schwächen der im Jahr 2019 am Universitätsklinikum Jena erbrachten medizinischen Versorgungsqualität und Leistungen auseinandersetzen.

Das Universitätsklinikum Jena, mit seinen 42 Kliniken und Instituten, bündelt als ein über die Landesgrenzen Thüringens hinaus anerkannter, universitär-medizinischer Supramaximalversorger in einem hohen Maß medizinische Kompetenz und Expertise, die wir zum Wohle der uns anvertrauten Patienten einsetzen. Unser Ziel ist es, uns kontinuierlich zu verbessern und weiterzuentwickeln, sowohl in der Qualität der medizinischen Patientenversorgung, wie in Forschung, Wissenschaft und Lehre.

Um dem Ziel einer qualitativ hochwertigen medizinischen Patientenversorgung gerecht zu werden, setzen wir auf gut qualifizierte und hoch motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Versorgungsbereichen und Berufsgruppen. Vor diesem Hintergrund betrachten wir die vom Gesetzgeber eingeführten Pflegepersonaluntergrenzenverordnung als selbstverständliche Verpflichtung, und haben uns in dem 2019 mit der Gewerkschaft ver.di an unserem Haus abgeschlossenen Entlastungstarifvertrag zu weiteren Entwicklungszielen bekannt, um die Zufriedenheit unser Mitarbeitenden zu erhöhen, deren Gesundheit zu erhalten und somit auch die Qualität der Patientenversorgung und -sicherheit zu verbessern.

Die auch das Erscheinen des vorliegenden Qualitätsberichts 2019 prägende COVID-19-Pandemie verdeutlicht uns allen die Bedeutung des pflegerischen, ärztlichen, technischen und sonstigen Personals eines Klinikums für die Qualität der Versorgung der Patienten und ihrer Angehörigen.

Auch in schwierigen und unwägbar Zeiten sind wir davon überzeugt, zusammen mit unseren Mitarbeitern die vor uns liegenden Aufgaben und Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen und weiterhin, wie in der Vergangenheit auch, der verlässliche Partner in der medizinischen Versorgung für die Menschen, innerhalb und außerhalb von Thüringen, zu sein.

Jena, im Oktober 2020

Prof. Dr. Jens Maschmann
Medizinischer Vorstand

Dr. Brunhilde Seidel-Kwem
Kaufmännischer Vorstand

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Einleitung	15
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	16
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	16
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	17
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	17
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	17
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	17
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	21
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	22
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	22
A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	22
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	24
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	24
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	24
A-9 Anzahl der Betten.....	26
A-10 Gesamtfallzahlen.....	26
A-11 Personal des Krankenhauses	26
A-11.1 Ärztinnen und Ärzte	26
A-11.2 Pflegepersonal	27
A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	32
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	34
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	40
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	40
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	40
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	43
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	46
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	48
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	52
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	53
A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe	54
A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	54
A-14.4 Kooperation mit Kassennärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	54
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	55
B-1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	55
B-1.1 Allgemeine Angaben Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	55
B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	56
B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	56
B-1.5 Fallzahlen Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	57
B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	57

B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	57
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	58
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	59
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	59
B-1.11	Personelle Ausstattung	59
B-2	Klinik für Augenheilkunde.....	63
B-2.1	Allgemeine Angaben Klinik für Augenheilkunde	63
B-2.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	63
B-2.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Augenheilkunde	63
B-2.5	Fallzahlen Klinik für Augenheilkunde	64
B-2.6	Hauptdiagnosen nach ICD	64
B-2.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	65
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	66
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	69
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	70
B-2.11	Personelle Ausstattung	70
B-3	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	73
B-3.1	Allgemeine Angaben Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	73
B-3.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	74
B-3.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	74
B-3.5	Fallzahlen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	75
B-3.6	Hauptdiagnosen nach ICD	76
B-3.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	76
B-3.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	77
B-3.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	79
B-3.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	79
B-3.11	Personelle Ausstattung	79
B-4	Klinik für Kinderchirurgie	83
B-4.1	Allgemeine Angaben Klinik für Kinderchirurgie	83
B-4.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	83
B-4.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinderchirurgie	83
B-4.5	Fallzahlen Klinik für Kinderchirurgie	84
B-4.6	Hauptdiagnosen nach ICD	84
B-4.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	85
B-4.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	85
B-4.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	86
B-4.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-4.11	Personelle Ausstattung	86
B-5	Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie.....	89
B-5.1	Allgemeine Angaben Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie	89
B-5.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	90
B-5.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie	90
B-5.5	Fallzahlen Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie	92
B-5.6	Hauptdiagnosen nach ICD	92
B-5.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	92
B-5.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	93
B-5.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	94
B-5.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	94
B-5.11	Personelle Ausstattung	94

B-6	Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie.....	97
B-6.1	Allgemeine Angaben Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	97
B-6.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	98
B-6.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	98
B-6.5	Fallzahlen Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	99
B-6.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	99
B-6.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	101
B-6.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	101
B-6.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	107
B-6.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	108
B-6.11	Personelle Ausstattung.....	108
B-7	Klinik für Geburtsmedizin	111
B-7.1	Allgemeine Angaben Klinik für Geburtsmedizin	111
B-7.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	112
B-7.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geburtsmedizin	112
B-7.5	Fallzahlen Klinik für Geburtsmedizin	113
B-7.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	113
B-7.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	113
B-7.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	114
B-7.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	115
B-7.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	115
B-7.11	Personelle Ausstattung.....	115
B-8	Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin	118
B-8.1	Allgemeine Angaben Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin.....	118
B-8.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	118
B-8.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin.....	119
B-8.5	Fallzahlen Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin	122
B-8.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	122
B-8.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	123
B-8.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	123
B-8.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	126
B-8.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	127
B-8.11	Personelle Ausstattung.....	127
B-9	Klinik für Geriatrie	131
B-9.1	Allgemeine Angaben Klinik für Geriatrie	131
B-9.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	131
B-9.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geriatrie.....	132
B-9.5	Fallzahlen Klinik für Geriatrie.....	132
B-9.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	132
B-9.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	133
B-9.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	133
B-9.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	134
B-9.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	134
B-9.11	Personelle Ausstattung.....	134
B-10	Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.....	137
B-10.1	Allgemeine Angaben Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	137
B-10.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	138

B-10.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	138
B-10.5	Fallzahlen Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	140
B-10.6	Hauptdiagnosen nach ICD	140
B-10.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	141
B-10.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	141
B-10.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	143
B-10.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	143
B-10.11	Personelle Ausstattung	143
B-11	Klinik für Hautkrankheiten	146
B-11.1	Allgemeine Angaben Klinik für Hautkrankheiten	146
B-11.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	147
B-11.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hautkrankheiten	147
B-11.5	Fallzahlen Klinik für Hautkrankheiten	149
B-11.6	Hauptdiagnosen nach ICD	149
B-11.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	150
B-11.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	150
B-11.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	155
B-11.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	155
B-11.11	Personelle Ausstattung	155
B-12	Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care	158
B-12.1	Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care	158
B-12.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	160
B-12.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care	160
B-12.5	Fallzahlen Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care	162
B-12.6	Hauptdiagnosen nach ICD	163
B-12.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	163
B-12.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	164
B-12.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	167
B-12.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	167
B-12.11	Personelle Ausstattung	167
B-13	Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie	171
B-13.1	Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie	171
B-13.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	172
B-13.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie	172
B-13.5	Fallzahlen Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie	173
B-13.6	Hauptdiagnosen nach ICD	173
B-13.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	174
B-13.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	175
B-13.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	177
B-13.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	177
B-13.11	Personelle Ausstattung	177
B-14	Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin	181
B-14.1	Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin	181
B-14.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	182

B-14.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin.....	182
B-14.5	Fallzahlen Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin.....	182
B-14.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	183
B-14.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	183
B-14.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	184
B-14.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	184
B-14.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	184
B-14.11	Personelle Ausstattung.....	184
B-15	Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie.....	187
B-15.1	Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie.....	187
B-15.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	188
B-15.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie.....	188
B-15.5	Fallzahlen Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie.....	190
B-15.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	190
B-15.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	191
B-15.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	191
B-15.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	193
B-15.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	193
B-15.11	Personelle Ausstattung.....	193
B-16	Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie.....	197
B-16.1	Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie.....	197
B-16.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	197
B-16.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie.....	197
B-16.5	Fallzahlen Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie.....	198
B-16.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	199
B-16.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	199
B-16.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	200
B-16.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	201
B-16.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	201
B-16.11	Personelle Ausstattung.....	201
B-17	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie.....	205
B-17.1	Allgemeine Angaben Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie.....	205
B-17.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	206
B-17.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie.....	206
B-17.5	Fallzahlen Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie.....	208
B-17.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	208
B-17.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	209
B-17.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	210
B-17.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	214
B-17.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	214
B-17.11	Personelle Ausstattung.....	214

B-18	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin	218
B-18.1	Allgemeine Angaben Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin	218
B-18.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	219
B-18.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin.....	219
B-18.5	Fallzahlen Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin	221
B-18.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	221
B-18.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	221
B-18.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	222
B-18.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	222
B-18.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	222
B-18.11	Personelle Ausstattung.....	222
B-19	Klinik für Neuropädiatrie	225
B-19.1	Allgemeine Angaben Klinik für Neuropädiatrie	225
B-19.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	226
B-19.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neuropädiatrie	226
B-19.5	Fallzahlen Klinik für Neuropädiatrie	228
B-19.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	228
B-19.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	228
B-19.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	229
B-19.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	231
B-19.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	231
B-19.11	Personelle Ausstattung.....	231
B-20	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	234
B-20.1	Allgemeine Angaben Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.....	234
B-20.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	235
B-20.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.....	235
B-20.5	Fallzahlen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.....	236
B-20.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	236
B-20.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	236
B-20.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	237
B-20.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	237
B-20.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	237
B-20.11	Personelle Ausstattung.....	238
B-21	Klinik für Neurochirurgie	242
B-21.1	Allgemeine Angaben Klinik für Neurochirurgie	242
B-21.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	243
B-21.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurochirurgie	243
B-21.5	Fallzahlen Klinik für Neurochirurgie	244
B-21.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	244
B-21.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	245
B-21.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	246
B-21.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	247
B-21.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	247
B-21.11	Personelle Ausstattung.....	247
B-22	Klinik für Neurologie	250

B-22.1	Allgemeine Angaben Klinik für Neurologie	250
B-22.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	251
B-22.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurologie	251
B-22.5	Fallzahlen Klinik für Neurologie	253
B-22.6	Hauptdiagnosen nach ICD	253
B-22.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	254
B-22.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	254
B-22.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	257
B-22.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	258
B-22.11	Personelle Ausstattung	258
B-23	Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik	261
B-23.1	Allgemeine Angaben Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik	261
B-23.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	263
B-23.3	Medizinische Leistungsangebote Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik	263
B-23.5	Fallzahlen Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik	265
B-23.6	Hauptdiagnosen nach ICD	265
B-23.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	266
B-23.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	267
B-23.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	269
B-23.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	269
B-23.11	Personelle Ausstattung	269
B-24	Klinik für Nuklearmedizin	275
B-24.1	Allgemeine Angaben Klinik für Nuklearmedizin	275
B-24.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	275
B-24.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Nuklearmedizin	275
B-24.5	Fallzahlen Klinik für Nuklearmedizin	276
B-24.6	Hauptdiagnosen nach ICD	276
B-24.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	277
B-24.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	277
B-24.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	278
B-24.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	278
B-24.11	Personelle Ausstattung	278
B-25	Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	280
B-25.1	Allgemeine Angaben Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	280
B-25.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	281
B-25.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	281
B-25.5	Fallzahlen Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	282
B-25.6	Hauptdiagnosen nach ICD	282
B-25.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	282
B-25.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	283
B-25.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	284
B-25.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	284
B-25.11	Personelle Ausstattung	284
B-26	Klinik für Urologie	286
B-26.1	Allgemeine Angaben Klinik für Urologie	286
B-26.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	287
B-26.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Urologie	287
B-26.5	Fallzahlen Klinik für Urologie	289

B-26.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	289
B-26.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	290
B-26.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	291
B-26.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	292
B-26.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	292
B-26.11	Personelle Ausstattung.....	292
B-27	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie.....	296
B-27.1	Allgemeine Angaben Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie.....	296
B-27.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	296
B-27.3	Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie.....	297
B-27.5	Fallzahlen Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie.....	299
B-27.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	299
B-27.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	300
B-27.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	301
B-27.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	310
B-27.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	310
B-27.11	Personelle Ausstattung.....	310
B-28	ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde.....	313
B-28.1	Allgemeine Angaben ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde.....	313
B-28.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	314
B-28.3	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde.....	314
B-28.5	Fallzahlen ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde.....	314
B-28.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	314
B-28.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	314
B-28.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	315
B-28.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	317
B-28.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	317
B-28.11	Personelle Ausstattung.....	317
B-29	ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie.....	319
B-29.1	Allgemeine Angaben ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie.....	319
B-29.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	319
B-29.3	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie.....	319
B-29.5	Fallzahlen ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie.....	320
B-29.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	320
B-29.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	320
B-29.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	321
B-29.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	322
B-29.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	322
B-29.11	Personelle Ausstattung.....	322
B-30	ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde.....	323
B-30.1	Allgemeine Angaben ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde.....	323
B-30.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	324

B-30.3	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde	324
B-30.5	Fallzahlen ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde	325
B-30.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	325
B-30.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	325
B-30.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	325
B-30.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	325
B-30.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	326
B-30.11	Personelle Ausstattung.....	326
B-31	ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie.....	327
B-31.1	Allgemeine Angaben ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie.....	327
B-31.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	328
B-31.3	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie.....	328
B-31.5	Fallzahlen ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie.....	329
B-31.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	329
B-31.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	329
B-31.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	329
B-31.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	330
B-31.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	330
B-31.11	Personelle Ausstattung.....	330
B-32	Klinikumsapotheke	332
B-32.1	Allgemeine Angaben Klinikumsapotheke	332
B-32.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	333
B-32.3	Medizinische Leistungsangebote Klinikumsapotheke	333
B-32.5	Fallzahlen Klinikumsapotheke	335
B-32.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	335
B-32.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	335
B-32.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	335
B-32.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	335
B-32.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	335
B-32.11	Personelle Ausstattung.....	335
B-33	Zentrum für Notfallmedizin	336
B-33.1	Allgemeine Angaben Zentrum für Notfallmedizin	336
B-33.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	337
B-33.3	Medizinische Leistungsangebote Zentrum für Notfallmedizin	337
B-33.5	Fallzahlen Zentrum für Notfallmedizin	338
B-33.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	338
B-33.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	338
B-33.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	338
B-33.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	342
B-33.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	342
B-33.11	Personelle Ausstattung.....	342
B-34	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.....	345
B-34.1	Allgemeine Angaben Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	345
B-34.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	345
B-34.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.....	346

B-34.5	Fallzahlen Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	347
B-34.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	347
B-34.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	347
B-34.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	348
B-34.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	351
B-34.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	352
B-34.11	Personelle Ausstattung.....	352
B-35	Institut für Humangenetik.....	353
B-35.1	Allgemeine Angaben Institut für Humangenetik	353
B-35.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	354
B-35.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Humangenetik	354
B-35.5	Fallzahlen Institut für Humangenetik	355
B-35.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	355
B-35.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	355
B-35.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	355
B-35.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	355
B-35.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	355
B-35.11	Personelle Ausstattung.....	355
B-36	Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	357
B-36.1	Allgemeine Angaben Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	357
B-36.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	357
B-36.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik.....	357
B-36.5	Fallzahlen Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	358
B-36.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	358
B-36.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	358
B-36.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	358
B-36.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	359
B-36.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	359
B-36.11	Personelle Ausstattung.....	359
B-37	Institut für Medizinische Mikrobiologie.....	360
B-37.1	Allgemeine Angaben Institut für Medizinische Mikrobiologie	360
B-37.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	361
B-37.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Medizinische Mikrobiologie	361
B-37.5	Fallzahlen Institut für Medizinische Mikrobiologie	361
B-37.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	362
B-37.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	362
B-37.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	362
B-37.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	362
B-37.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	363
B-37.11	Personelle Ausstattung.....	363
B-38	Institut für Physiotherapie.....	364
B-38.1	Allgemeine Angaben Institut für Physiotherapie.....	364
B-38.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	365
B-38.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Physiotherapie.....	365
B-38.5	Fallzahlen Institut für Physiotherapie.....	365
B-38.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	367
B-38.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	367
B-38.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	367

B-38.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	367
B-38.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	368
B-38.11	Personelle Ausstattung	368
B-39	Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie	369
B-39.1	Allgemeine Angaben Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie	369
B-39.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	370
B-39.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie	371
B-39.5	Fallzahlen Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie	371
B-39.6	Hauptdiagnosen nach ICD	371
B-39.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	371
B-39.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	371
B-39.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	372
B-39.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	372
B-39.11	Personelle Ausstattung	372
B-40	Institut für Rechtsmedizin	373
B-40.1	Allgemeine Angaben Institut für Rechtsmedizin	373
B-40.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	375
B-40.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Rechtsmedizin	375
B-40.5	Fallzahlen Institut für Rechtsmedizin	376
B-40.6	Hauptdiagnosen nach ICD	377
B-40.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	377
B-40.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	377
B-40.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	377
B-40.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	377
B-40.11	Personelle Ausstattung	377
B-41	Institut für Rechtsmedizin - Pathologie	378
B-41.1	Allgemeine Angaben Institut für Rechtsmedizin - Pathologie	378
B-41.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	379
B-41.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Rechtsmedizin - Pathologie	379
B-41.5	Fallzahlen Institut für Rechtsmedizin - Pathologie	380
B-41.6	Hauptdiagnosen nach ICD	380
B-41.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	380
B-41.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	380
B-41.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	380
B-41.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	381
B-41.11	Personelle Ausstattung	381
B-42	Institut für Transfusionsmedizin	382
B-42.1	Allgemeine Angaben Institut für Transfusionsmedizin	382
B-42.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	382
B-42.3	Medizinische Leistungsangebote Institut für Transfusionsmedizin	382
B-42.5	Fallzahlen Institut für Transfusionsmedizin	383
B-42.6	Hauptdiagnosen nach ICD	383
B-42.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	384
B-42.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	384
B-42.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	384
B-42.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	384
B-42.11	Personelle Ausstattung	385
C	Qualitätssicherung	387

C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (ergänzt am 25.05.2021)	387
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	387
	C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus	388
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	646
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	646
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	647
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	660
	C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	660
	C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	660
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	665
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	666
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	666
	C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	666
	C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	666

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Leitende Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Dr. Elke Hoffmann
Telefon	03641/9-391020
Fax	03641/9-391011
E-Mail	Elke.Hoffmann@med.uni-jena.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Leitende Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Dr. Elke Hoffmann
Telefon	03641/9-391020
Fax	03641/9-391011
E-Mail	Elke.Hoffmann@med.uni-jena.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <https://www.uniklinikum-jena.de>

Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.uniklinikum-jena.de/spg/>

Link	Beschreibung
https://www.uniklinikum-jena.de/zna/notfall.html	Hilfe im Notfall
https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+und+Angehoeerige.html	Informationen für Patienten & Angehörige
https://www.uniklinikum-jena.de/%C3%84rzte+Zuweiser-p-12.html	Ärzte und Zuweiser
https://www.uniklinikum-jena.de/Kliniken+Institute/Zentren.html	Zentren

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Universitätsklinikum Jena
Hausanschrift	Bachstraße 18, 07743 Jena
Zentrales Telefon	03641/9-300
Fax	03641/9-391202
Postanschrift	Postfach 07740, 07740 Jena
Institutionskennzeichen	261600736
Standortnummer	00
URL	https://www.uniklinikum-jena.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Medizinischer Vorstand
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Jens Maschmann
Telefon	03641/9-391201
Fax	03641/9-391202
E-Mail	Medizinischer.Vorstand@med.uni-jena.de

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Wissenschaftlicher Vorstand und Dekan
Titel, Vorname, Name	NN
Telefon	03641/9-391101
Fax	03641/9-391202
E-Mail	dekanat@med.uni-jena.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Direktorin Pflegedienst
Titel, Vorname, Name	Frau Evelyn Voigt
Telefon	03641/9-395150
Fax	03641/9-395152
E-Mail	Evelyn.Voigt@med.uni-jena.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Kaufm. Vorstand; Sprecherin Klinikumsvorstand
Titel, Vorname, Name	Dr. Brunhilde Seidel-Kwem
Telefon	03641/9-391001
Fax	03641/9-391202
E-Mail	Kaufmaennischer.Vorstand@med.uni-jena.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	Universitätsklinikum Jena
Art	Öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
Krankenhausart	Universitätsklinikum

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Ja
Regionale Versorgungsverpflichtung	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**Besonderheiten**

- Hypnotherapie in der Klinik für Neurochirurgie
- Intensivtagebuch über die Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie

Ausblick

- 2019 onkologisches Pflegekonsil in allen alle Kliniken
- 2020 Elternberatung über die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Neonatologie)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	zentral über Institut für Physiotherapie und in der Geburtshilfe, Angebot auch teilstationär in Tagesklinik möglich und via Schmerzambulanz
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	zentrale Angebote über https://www.uniklinikum-jena.de , ergänzt um Initiativen der Kliniken z.B. Epilepsie-Schulungen für Kinder/Jugendliche und Eltern
MP04	Atemgymnastik/-therapie	wird zentral über das Institut für Physiotherapie; überwiegend in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Klinik für Geriatrie und den Intensivbereich angeboten
MP06	Basale Stimulation	zentral über das Institut für Physiotherapie, auf Palliativstation und in der Klinik für Geriatrie
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	zentral über den Kliniksozialdienst
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	zentral: Klinik für Palliativmedizin, mit ambulantem Palliativ-Team, ambulantes pädiatrisches Palliativteam, interdisziplinäre palliative Komplexbehandlung in enger Zusammenarbeit mit Förderverein Hospiz Jena e.V.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	zentral: in Klinik für Psychiatrie und Institut für Psychotherapie, Klettern als Therapie in Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; Klinik für Geriatrie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	zentral über Institut für Physiotherapie; Klinik für Neurologie (neurologische Intensivstation); Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderneurologie, Neonatologie, Sozialpädiatrisches Zentrum); Klinik für Geriatrie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	z.B. Klinik für Innere Medizin III (Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen), Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinik für Geburtsmedizin
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	z.B. Diabetesberatung in der Klinik für Geburtsmedizin (bei Schwangeren), in der KIM IV und in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Außerdem wird in den anderen Kliniken b.B. eine Ernährungsberatung durch die leitende Diätassistentin des Universitätsklinikums angeboten.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Entlassungsmanagement nach Expertenstandard durch den Ärztlichen Dienst, Pflegedienst und Sozialdienst.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	z.B. in Klinik für Neurologie, Klinik für Neuropädiatrie, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Geriatrie und Abteilung Palliativmedizin über das Institut Physiotherapie angeboten.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	z.B. Klinik für Innere Medizin II, Intensivmedizin, Klinik für Palliativmedizin
MP18	Fußreflexzonenmassage	zentral über Institut für Physiotherapie
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Klinik für Geburtsmedizin
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik: in Kooperation mit der Elterninitiative für das seelisch erkrankte und verhaltensauffällige Kind Thüringen e.V.
MP21	Kinästhetik	auf Palliativstation, Kinästhetikfortbildung wird von allen Fachabteilungen genutzt; besondere Aktivitäten in den Kliniken mit pädiatrischen Patienten (hier auch Infant-Handling); auf den Intensivstationen auch durch das Personal des Instituts für Physiotherapie
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Der Expertenstandard Inkontinenz ist in allen Bereichen umgesetzt, wird über Anmeldung eines Stomakonsils unterstützt.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	z.B. in der Tagesklinik des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie und in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
MP24	Manuelle Lymphdrainage	zentral über das Institut für Physiotherapie
MP25	Massage	zentral über das Institut für Physiotherapie
MP26	Medizinische Fußpflege	Anmeldung über Endokrinologische Sprechstunde der Klinik für Innere Medizin III
MP27	Musiktherapie	aktiv und regulativ in der Psychosomatik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Trommeln, Boomwhacker); Abteilung Palliativmedizin; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinik für Neuropädiatrie
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Ambulanz für Naturheilkunde und Integrative Onkologie, Ambulanz des Instituts für Physiotherapie
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	zentral über Institut für Physiotherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Schulangebote in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und Klinik für Neuropädiatrie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Lichtbad für Patienten mit depressiven Verstimmungen (wird auch in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie angewendet) z.B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie zentral über Institut für Physiotherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	zentral über Institut für Physiotherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	psychotherapeutische Betreuung aller Patienten bei Bedarf; Fokus auf langliegende Patienten (z.B. nach Transplantation, in der Onkologie oder nach Polytrauma) sowie psychokardiologische Betreuung (Gesprächs- und Gruppentherapie) im Intensivbereich
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	zentral über Institut für Physiotherapie
MP36	Säuglingspflegekurse	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin: Säuglingspflege, regelmäßige Seminare der Eltern- und Babysitterschule
MP37	Schmerztherapie/-management	zentral über Schmerzzambulanz der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin; zentral über Institut für Physiotherapie. In allen Bereichen ist der Expertenstandard Schmerztherapie umgesetzt.
MP38	Sehschule/Orthoptik	Klinik für Augenheilkunde
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	z.B. Anwendung der Expertenstandards Schmerz, Kontinenz, Sturz- und Dekubitusprophylaxe
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	z.B. auf Palliativstation (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Yoga; Feldenkrais) auf Palliativstation, in Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Yoga; Tibeter)
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	z.B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote in Klinik für Geburtsmedizin: Informationsabend für werdende Eltern, Information rund um die Geburt mit Besichtigung des Kreißsaals.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Stomatherapie, Wundmanagement, Ernährungsmanagement, Schmerzmanagement, usw., Eltern- u. Babysitterschule; Hygieneschulung der Eltern; geriatricspezifisch geschultes Pflegepersonal; CED-Versorgungsassistenz; Kreislauftraining (spezif. Aktivitätsaufbau) in Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
MP43	Stillberatung	Klinik für Geburtsmedizin und Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Neonatalogie)
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	über Abteilung Phoniatrie und Pädaudiologie der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Sozialpädiatrisches Zentrum, Klinik für Neurologie
MP45	Stomatherapie/-beratung	zentral
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	zentral
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	zentral über Institut für Physiotherapie und Pflegedienst z.B. bei Expertenstandard Schmerzmanagement in allen Kliniken

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	in der Klinik für Geburtsmedizin
MP51	Wundmanagement	über Expertenstandard in allen Kliniken umgesetzt und zentral über pflegerischen Konsildienst; interdisziplinäres Wundkonsil; Aktivitäten im Thüringer Wundnetz
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Kliniksozialdienst
MP53	Aromapflege/-therapie	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Geriatrie, Geburtsmedizin, Palliativmedizin, Klinik für Innere Medizin II, Intensivmedizin
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	HNO
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
MP57	Biofeedback-Therapie	Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie; Institut für Physiotherapie
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Klinik für Geriatrie, Klinik für Neurologie
MP61	Redressionstherapie	Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
MP62	Snoezelen	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
MP63	Sozialdienst	für alle med. Fachbereiche durch hochqualifizierte Mitarbeiter; v.a. sozialrechtliche Beratung, Organisation des Entlassungs- und Überleitungsmanagements sowie Information zu poststationären Versorgungsmöglichkeiten und gesetzlichen Leistungsansprüchen
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	z.B. Gesundheitsuniversität, Tage der offenen Tür, Beteiligung an der "Langen Nacht der Wissenschaften", Kinderfest der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Praktikumsplätze, Vorträge, Informationsveranstaltungen, Frühgeborenen-Sommerfest, Elternschule, Pflegeabende, Abendvorlesungen
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	z.B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung und Reanimationskurse in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Elternberatung und Trainings in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Klinik für Geriatrie und Klinik für Neurologie (Spiegeltherapie, Schlucktherapie, FOTT)
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	zentral über Institut für Physiotherapie
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	pflegerisches Entlassungsmanagement, Kooperation mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, in enger Zusammenarbeit mit Sozialdienst
MP69	Eigenblutspende	zentral über das Institut für Transfusionsmedizin

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Auf+einen+Blick.html	anteilig
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Auf+einen+Blick.html	anteilig
NM05	Mutter-Kind-Zimmer	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Auf+einen+Blick.html	z.B. in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
NM07	Rooming-in	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Auf+einen+Blick.html	z.B. in der Klinik für Geburtsmedizin und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Auf+einen+Blick.html	auf Anfrage kostenpflichtig; die Unterbringung der Begleitpersonen von Kindern wird bei medizinischer Notwendigkeit von den Kassen getragen; s.a. https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Stationärer+Klinikaufenthalt/Inr+Kind+am+UKJ.html
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Auf+einen+Blick.html	anteilig
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Auf+einen+Blick.html	anteilig
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Auf+einen+Blick.html	z.B. über Patientenlotsen
NM42	Seelsorge	https://www.uniklinikum-jena.de/Kliniken+ +Institute/Sonstige+Bereiche/Klinikseelsorge.html	Angebot hängt auf jeder Station aus

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	https://www.uniklinikum-jena.de/MedWeb_media/Patientenratgeber/Patientenratgeber_2019.pdf	zahlreich über https://www.uniklinikum-jena.de/Uniklinikum+Jena/Aktuelles/Veranstaltungen/Öffentliche+Veranstaltungen.html ; z.B. Abendvorlesung (einmal im Monat, jeweils ab 19.00 Uhr im Hörsaal 1 am Standort Lobeba), Elternschule, weitere
NM50	Kinderbetreuung	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+ +Angehörige/Auf+einen+Blick/Kinderspielbereich.html	zentral
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	https://www.uniklinikum-jena.de/MedWeb_media/Patientenratgeber/Patientenratgeber_2019.pdf	Die Kliniken arbeiten mit zahlreichen Selbsthilfegruppen zusammen, z.B. https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner.html
NM63	Schule im Krankenhaus	https://www.uniklinikum-jena.de/kinderklinik/Patienten+ +Zu+weiser/Informationen+für+Eltern/Stationärer+Aufenthalt/Klinikschule.html	Unterricht in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie möglich
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	https://www.uniklinikum-jena.de/Patienten+%20%20Angehörige/Auf+%20einen+%20Blick/Speisenangebot-page-.html	Ja, die Zentralküche des Klinikums bietet ein umfangreiches Angebot an Diäten und Sonderkosten. Seit Juli 2020 wird ein Halal-Speiseplan angeboten.
NM68	Abschiedsraum	https://www.uniklinikum-jena.de/MedWeb_media/Patientenratgeber/Patientenratgeber_2019.pdf	zentral und dezentral

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Vertrauensperson Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name	Herr Uwe Wiegand
Telefon	03641/9-391156
Fax	03641/9-391163
E-Mail	Uwe.Wiegand@med.uni-jena.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	Ja, auf allgemeinen Hinweisschildern, Wegweisern etc. an UKJ Standorten realisiert

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Campus Lobeda: Fußweg entlang Haupteingänge Gebäude E und A, Ausstattung mit taktilem Bodenleitsystem
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Campus Lobeda: durch "Patientenlotsen am Infopoint"
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	z. B. „Radiologieführer“: https://www.uniklinikum-jena.de/MedWeb_media/Presse/2016/Bilder+Presse/Radiologieführer+in+Leichter+Sprache.pdf
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Beschilderung von Wegeführungen und Fluchtwegen, farbige Kennzeichnung von Gebäudeteilen, Toilettenbeschilderungen etc.
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Schleusenfunktion für besondere Pflegestationen (gesicherte Zugänge)
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	In der Klinik für Geriatrie Personensicherungssystem, jedoch keine besondere personelle Unterstützung
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Vertrag mit Firma Hill Rom, bei Bedarf können diese dort bezogen werden, alle Betten elektisch höhenverstellbar, Bettverlängerung möglich
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	im Zentral-OP sind alle OP-Tische bis 260 kg belastbar; hydraulisch verstellbar
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Teilweise (CT, Röntgengerät).
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Blutdruckmanschetten überall vorhanden.
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Antitrombosestrümpfe bis Gr. 8 (groß, extraweit) vorhanden; auch pneumatische Strümpfe
BF24	Diätische Angebote	Auf der UKJ- Website ist der Verpflegungskatalog zu finden. Dort sind alle diätetischen Angebote hinterlegt: https://www.uniklinikum-jena.de/MedWeb_media/Downloads/GB_Betr_u_Beschaffg/Verpflegung_smanagement/Verpflegungsschema+aktuell.pdf
BF25	Dolmetscherdienst	Es bestehen Verträge mit Dolmetscherdiensten, die bei Bedarf kurzfristig abgerufen werden können (ca. 50 Sprachen und Dialekte im Angebot).

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Die 87 UniversitätsprofessorInnen des UKJ (31.12.2019), die über 100 PrivatdozentInnen und ein Großteil der wissenschaftlichen und ärztlichen MitarbeiterInnen des UKJ sichern die akademische Lehre an der Medizinischen Fakultät und an anderen Fakultäten der Friedrich-Schiller-Universität Jena.
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	Neben den dualen B.Sc.-Studiengängen Pflege und Geburtshilfe gemeinsam mit der Ernst-Abbe-Hochschule Jena ist das UKJ Lehr- und Praxispartner in den Studiengängen Physiotherapie, Augenoptik, Rettungswesen und Health Care Management sowie in den Bereichen Sozialwesen, BWL und Medizintechnik.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Zum 31.10.2019 waren 2.572 Studierende an der Medizinischen Fakultät immatrikuliert. 2019 gab es in folgende Abschlüsse <ul style="list-style-type: none"> - Humanmedizin: 269 - Zahnmedizin 60 - Master Molekulare Medizin 21 - Master Medical Photonics 6 Die Medizinstudenten im PJ profitieren vom Qualitätsprogramm PJPlus.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	2019 konnte das UKJ 43,8 Mio. € Drittmittel für Forschungsprojekte aufwenden. 2019 starteten am UKJ vier vom Freistaat Thüringen geförderte Forschungsvorhaben, 19 DFG-Projekte, ein europäischer Forschungsverbund, 25 vom Bund unterstützte Projekte und 28 Vorhaben, die von Stiftungen gefördert werden.
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	An der Medizinischen Fakultät arbeitet die Ethikkommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Das Zentrum für klinische Studien des UKJ unterstützt als Dienstleister die klinische Forschung. 2019 nahm das UKJ die Teilnahme an 16 multizentrischen Phase-I/II-Studien auf.
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Die Kliniken des UKJ betreiben zahlreiche Studienambulanzen. 2019 begann das Klinikum die Teilnahme an 53 multizentrischen Phase-III/IV-Studien.
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	2019 wurden am UKJ 17 klinische Studien nach AMG geleitet, 5 selbst initiiert, und außerdem weitere interventionelle und nicht-interventionelle Studien; s. https://www.drks.de
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Die Forschungsergebnisse veröffentlichten die WissenschaftlerInnen am Uniklinikum Jena 2019 in 1017 Artikeln mit einem summarischen Impact von 4218 Punkten in begutachteten internationalen Fachjournalen. Sie schrieben 45 Lehrbuchartikel und 3 Lehrbücher und arbeiten in vielen Herausgebergremien mit.
FL09	Doktorandenbetreuung	Am UKJ werden etwa 800 Doktoranden betreut. 2019 wurde 175 Mal der Titel Dr. med., 15 Dr. med. dent. und 14 Dr. rer. nat. vergeben. NachwuchswissenschaftlerInnen können eine strukturierte Doktorandenausbildung, den Abschluss M.Sc. im Aufbaustudium und individuelle Begleitung zum MD/ PhD erhalten.

A-8.2 **Ausbildung in anderen Heilberufen**

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Jährliche Ausbildung am UKJ, Ausbildungszeit: 3 Jahre und Ausbildungsintegrierendes duales Studium "Pflege": jährliche 3-jährige Ausbildung am UKJ in Kooperation mit der Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Studiendauer: 8 Semester
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	Jährliche Ausbildung am UKJ, Ausbildungszeit: 3 Jahre
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen; seit 2017: Bachelorstudiengang an der Ernst-Abbe-Hochschule-Jena mit Pflichtpraktika
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	In Thüringen MTA-O: keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen und zahlt Praktikumsvergütung OTA (in anderen Bundesländern) duale Ausbildung mit tariflicher Abbildung
HB09	Logopädin und Logopäde	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	Ausbildungsintegrierendes duales Studium, 3-jährige Ausbildung, seit 2018 jährlich am UKJ in Kooperation mit der Ernst-Abbe-Hochschule Jena, Studiendauer: 8 Semester; nächster Ausbildungsbeginn: 2019
HB11	Podologin und Podologe	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen
HB12	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen
HB13	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen
HB14	Orthoptistin und Orthoptist	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen bis 2018 neu ab 2019 duale Ausbildung mit tariflicher Abbildung

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB16	Diätassistentin und Diätassistent	Keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Jährliche Ausbildung am UKJ, Ausbildungszeit: 1 Jahr; keine tarifliche Abbildung
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	keine duale sondern schulische Ausbildung, UKJ bildet nicht direkt aus sondern unterstützt bei Praxiseinsätzen neu 2017: Bachelorstudiengang an der Ernst-Abbe-Hochschule-Jena mit Pflichtpraktika

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	1411

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	53085
Teilstationäre Fallzahl	9755
Ambulante Fallzahl	459106

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 768,27

Kommentar: Die hier und in den Unterabteilungen ausgewiesenen Personalzahlen enthalten auch das für Forschung und Lehre tätige Personal.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	655,74	
Ambulant	112,53	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	768,27	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 358,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	306,04	

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Ambulant	52,34	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	358,38	
Nicht Direkt	0	

Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,55	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,55	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,55	
Ambulant	1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,55	
Nicht Direkt	0	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1105,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1036,44	
Ambulant	69,33	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1105,77	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 93,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	93,39	
Ambulant	0,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	93,82	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 162,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	159,28	
Ambulant	3,14	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	162,42	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 10,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,5	
Ambulant	0,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,53	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 32,64

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	32,64	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,64	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 6,8

Kommentar: Unsere Pflegeassistenten werden in einer einjährigen Maßnahme dazu qualifiziert.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,66	
Ambulant	0,14	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,8	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 106,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	104,59	
Ambulant	1,9	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	106,49	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 8,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,37	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,41	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 14,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,73	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Hebammen und Entbindungspfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 27,23

Kommentar: Hebamme (Funktionsdienst) und Hebamme auf Station (Pflegedienst)

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,97	
Ambulant	0,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27,23	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 32,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	32,49	
Ambulant	0,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,71	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 32,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	32,49	
Ambulant	0,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,71	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 93,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	50,42	
Ambulant	43,13	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	93,55	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte: 18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,07	
Ambulant	3,93	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,25	
Nicht Direkt	1,75	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 2,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,74	
Ambulant	0,97	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,71	
Nicht Direkt	0	

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,31	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,35	
Nicht Direkt	0	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 8,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,22	
Ambulant	2,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,37	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 15,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,75	
Ambulant	2,3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,53	
Nicht Direkt	5,52	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 5,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,41	
Ambulant	0,89	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,72	
Nicht Direkt	1,58	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 13,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,26	
Ambulant	1,88	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,61	
Nicht Direkt	2,53	

A-11.4 *Spezielles therapeutisches Personal*

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 9,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,17	
Ambulant	1,33	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,5	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 38,23

Kommentar: Ergotherapeuten und Krankengymnasten

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	29,39	
Ambulant	8,84	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,71	
Nicht Direkt	5,52	indirektes Beschäftigungsverhältnis für Aktion Wandlungswelten

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Anzahl Vollkräfte: 6,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,6	
Ambulant	1,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,82	
Nicht Direkt	0	

SP09 - Heilpädagogin und Heilpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 0,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,99	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,99	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 3,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,06	
Ambulant	1,78	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,84	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 0,31

Kommentar: z.B. für Babymassage

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,26	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,31	
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,31

Kommentar: Musikpädagoge, Musiktherapeut/Tanztherapeut

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,45	
Ambulant	0,86	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,31	
Nicht Direkt	0	

SP19 - Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augentoptiker

Anzahl Vollkräfte: 0,74

Kommentar: Orthopist

Augenoptikermeister

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,49	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,74	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 53,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	42,42	
Ambulant	10,62	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	51,46	
Nicht Direkt	1,58	indirektes Beschäftigungsverhältnis für Aktion Wandlungswelten

SP22 - Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,13	
Ambulant	0,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,2	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 49,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	40,67	
Ambulant	8,83	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	47,75	
Nicht Direkt	1,75	indirektes Beschäftigungsverhältnis für Aktion Wandlungswelten

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 4,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,71	
Ambulant	1,66	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,37	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 31,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	28,9	
Ambulant	2,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	28,55	
Nicht Direkt	2,53	indirektes Beschäftigungsverhältnis für Aktion Wandlungswelten

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 1,63

Kommentar: Krankenschwester Stomatherapie

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht Direkt	0	

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl Vollkräfte: 1,7

Kommentar: bei uns "Diabetesschulungsschwester" (ohne Ernährungsberater, Ernährungsschwester)

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,79	
Ambulant	0,91	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,7	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 37,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,93	
Ambulant	6,87	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,8	
Nicht Direkt	0	

SP54 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,26	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,3	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 180,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	160,96	
Ambulant	19,83	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	180,79	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 77,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	60,29	
Ambulant	17,45	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	77,74	
Nicht Direkt	0	

SP58 - Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 6,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,66	
Ambulant	2,14	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,8	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Leitende Qualitätsmanagerin
Titel, Vorname, Name	Dr. Elke Hoffmann
Telefon	03641/9-391020
Fax	03641/9-391011
E-Mail	Elke.Hoffmann@med.uni-jena.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Qualitätskommission (Klinikumsvorstand, Pflegedirektorin, Vertreter der Klinikdirektorenkonferenz, Geschäftsführer der Medizinischen Fakultät, Geschäftsbereichsleiter, Personalratsvorsitzende, Leiter Stabstelle SPQ, leitende Qualitätsmanagerin, Risikomanager)
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Risikomanager
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Pfleger (FH), MBA Ralf Maisel
Telefon	03641/9-391012
Fax	03641/9-391011
E-Mail	Ralf.Maisel@med.uni-jena.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich	Qualitätskommission (Klinikumsvorstand, Pflegedirektorin, Vertreter der Klinikdirektorenkonferenz, Geschäftsführer der Medizinischen Fakultät, Geschäftsbereichsleiter, Personalratsvorsitzende, Leiter Stabstelle SPQ, leitende Qualitätsmanagerin)

Lenkungsremium / Steuerungsgruppe	
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	wird fortlaufend aktualisiert
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel - Pathologiebesprechungen 	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM Datum: 20.12.2019	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	andere Frequenz
Verbesserung Patientensicherheit	Entwicklung und Umsetzung einer krankenhausespezifischen OP-Sicherheitscheckliste in Verbindung mit der Markierung von Lokalisation des OP-Gebietes und der Eingriffsart unmittelbar auf der Haut des Patienten sowie Umsetzung eines standardisierten Team-Time-Outs unmittelbar vor Hautschnitt des Patienten, Umsetzung eines der Krankheits-schwere der Patienten angepassten Transportbegleitungskonzeptes durch qualifiziertes Personal, Umsetzung eines farblichen Spritzenbeschriftungskonzeptes

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	19.01.2018
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

Nr.	Instrument und Maßnahme	Kommentar
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA))	
EF00	Sonstiges	CIRS-Thüringen der Landesärztekammer Thüringen

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**A-12.3.1 Hygienepersonal**

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	2	enge Zusammenarbeit zwischen Infektiologie in Krankenversorgung und Forschung im Zentrum für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene - seit 2018 Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene (IIMK), - hier arbeiten zwei Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	39	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	9	8 mit abgeschlossener Weiterbildung,, 1 ohne Hygienefachweiterbildung (Ausnahmeregelung nach ThürmedHygVO), 1 Gesundheitswissenschaftlerin
Hygienebeauftragte in der Pflege	85	krankenhausinterne Fortbildung (in ThürmedHygVO keine Hygienebeauftragten in der Pflege gefordert)

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Medizinischer Vorstand
Titel, Vorname, Name	Prof Dr. med. Jens Maschmann
Telefon	03641/9-391201
Fax	03641/9-391202
E-Mail	Medizinischer.Vorstand@med.uni-jena.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
Der Standard liegt vor	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle	Ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	Ja
d) Weitere Hygienemaßnahmen	
- sterile Handschuhe	Ja
- steriler Kittel	Ja
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert	Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	
Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Teilweise
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Teilweise
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	40,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	163,00 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

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

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS NEO-KISS STATIONS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE-Netzwerk Jena	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	Zertifikat Gold für 2020/2021 erhalten
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	geregelt über eine Verfahrensanweisung; umgesetzt durch die zentrale Beschwerdemanagerin
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	unter Einbezug verschiedener Beschwerdeanlaufstellen
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	vorwiegend über die zentrale Beschwerdemanagerin
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	über die zentrale Beschwerdemanagerin
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	abhängig vom Beschwerdegegenstand

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	https://www.uniklinikum-jena.de/spg/Qualitaetsmanagement/Befragungen.html
Kommentar	vorwiegend mit dem UniversitätsTumorCentrum

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Link	https://www.uniklinikum-jena.de/spq/Qualitaetsmanagement/Befragungen.html
Kommentar	ambulante Patienten: alle drei Jahre stationäre Patienten: in den geradzahligen Jahren

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	https://www.uniklinikum-jena.de/Kontakt.html
Kommentar	werden in den regulären Beschwerdeprozess eingefügt

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Beschwerdemanagerin
Titel, Vorname, Name	Frau Lydia Grundmann
Telefon	03641/9-391013
Fax	03641/9-391011
E-Mail	Beschwerdemanagement@med.uni-jena.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	https://www.uniklinikum-jena.de/spq/Lob_%20und%20Beschwerdemanagement.html
Kommentar	Vertretung über das Sekretariat des Medizinischen Vorstandes

Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Frau Maria Lasch
Telefon	0170/458-9890
E-Mail	patientenfuersprecher@med.uni-jena.de

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher	
Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Frau Christine Börner
Telefon	0170/458-9890
E-Mail	patientenfuersprecher@med.uni-jena.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern	
Kommentar	https://www.uniklinikum-jena.de/MedWeb_media/Sonstige/Patientenfürsprecherinnen.pdf

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - Arzneimittelkommission
--	-----------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person

Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit
--------------------	--

Verantwortliche Person AMTS

Funktion	Direktor der Apotheke
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. rer. nat./med. habil. Michael Hartmann, MBA, MPH
Telefon	03641/9-325401
Fax	03641/9-325402
E-Mail	apotheke@med.uni-jena.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	15
Weiteres pharmazeutisches Personal	26

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

andergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		interne Fortbildungen, Schulungen Pflegepersonal, Ärzte, Medizinstudenten, Webinare zur Arzneimitteltherapiesicherheit
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		Patienteninformationen <ul style="list-style-type: none"> - "Metamizol und Agranulozytose: Schädigung der weißen Blutkörperchen" - "Ihre Arzneimittel in der Klinik" - "COPD" - "Arzneimittelinteraktionen" - "Myopathierisiko durch Statine" - "Bedarfsmedikation für Schmerzen (HNO)" - "Kognitionseinschränkung durch Arzneimittel" - weitere in den Kliniken
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM Letzte Aktualisierung: 20.12.2019	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		PDMS Copra ID Diacos Pharma (inkl. ID Pharma Check) ifap klinikCenter® Fachinfo-Service® ABDA-Datenbank (integriert in SAP MM) Micromedex® Ap-to-date
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM Letzte Aktualisierung: 20.12.2019	zentrale Verfahrensweisungen - Ordnung über den Umgang mit Arzneimitteln - Umgang mit Betäubungsmitteln - Anordnen, Richten und Ausgeben von Medikamenten - Etikettierung von Medikamentenspritzen - Checkliste Patientensicherheit - Entlassmanagement inkl. Merkblatt und Webinar
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis		Webinar "Entlassmanagement" Verfahrensweisung "Ordnung über den Umgang mit Arzneimitteln am Universitätsklinikum Jena"
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		PDMS Copra ID Diacos Pharma (inkl. ID Pharma Check) Zenzy (Chemotherapien)
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		ifap klinikCenter® Fachinfo-Service® Gelbe Liste® ABDA-Datenbank (integriert in SAP MM) Micromedex®
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen 	Einsatz eines Programms für die Zytostatikaherstellung (Zenzy) und von Laborprogrammen für Rezepturen/Defekturen (Dr. Lennartz, Steribase) PTA auf pädiatrischer ITS

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System) 	Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): SAP-MM, Zenzy, Dr. Lennartz
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		PDMS Copra ID Diacos Pharma (inkl. ID Pharma Check)
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) 	Vermeidung von sound alikes und look alikes Tall-Man-Letter-Prinzip pharmakotherapeut. Fallkonferenzen Unit Dose (ITS, Kinderchirurgie) Kennzeichng. Sondengängig-, Teilbar-, Mörserbarkeit etc. individ. Zytostatikaversg. abgepackte Wochendosis MTX Pyxis AMTS-Visiten auf ausgewählten Stationen
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patientinformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittelmitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten 	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	seit Febr. 2016 neuartiger Computertomograph "Revolution CT" im Zentrum für Notfallmedizin (hochauflösende 3D-Bilddaten des Körpers in wenigen Sek. mit geringer Strahlenexposition); das dritte Gerät dieser Art in Deutschland überhaupt und das erste dieser Leistungsklasse in einem Schockraum weltweit
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	in der Physiotherapie (Hochfrequenzthermotherapie, ist eine elektrotherapeutische Methode der physikalischen Therapien innerhalb der Medizin, bei der Wärme im Körpergewebe mit Hilfe von hochfrequentem elektrischem Strom erzeugt wird)
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	Ja	in der Klinik für Urologie (24/7)
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	2 x 3 Tesla-MRT und 2 x 1,5 Tesla-MRT (24/7)
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	Ja	im Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Haus A (24/7)
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	Ja	in der Klinik für Nuklearmedizin; Haus A (24/7)
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlkörperchens	-	2 x SPECT, 1x SPECT CT in der Klinik für Nuklearmedizin (24/7)

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	Ja	2 x im Zentral-OP-A (Gynäkologie; 24/7)
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	Ja	in der Klinik für Urologie (24/7)
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	Ja	Neurologie, Neurochirurgie, HNO und Kinderklinik (24/7)
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	(24/7)
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	HF-Geräte u.a. im Zentral-OP und teilweise in ambulanten Bereichen (HNO,...) (24/7)
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	-	1 x Zentral-OP-A Urologie (24/7)
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	-	1 x Zentral-OP-C Fa. Storz Turm, 1 x Zentral-OP-A Olympus auf Ampel Gynäkologie, 1 x Zentral-OP-A Olympus Turm Urologie (24/7)

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

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

Teilnahme des Krankenhauses am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen:	Ja
---	----

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Ja (siehe A-14.3)

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt
Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe

Das Kapitel "A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung" ist nur relevant, wenn das Krankenhaus wegen der Erfüllung mindestens eines Moduls der speziellen Notfallversorgung einer Notfallstufe zugeordnet wird.

In der Stufe 3 zur umfassenden Notfallversorgung sind die Module

- SN03 Notfallversorgung Kinder (umfassend)
- SN04 Schwerverletztenversorgung
- SN05 Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)
- SN06 Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

mit enthalten. Ausführungen hierzu finden Sie an anderen Stellen dieses Qualitätsberichtes.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Tatbestand, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt
Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

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

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

Die Kooperationsvereinbarung zum gemeinsamen Betrieb einer Portalpraxis am Universitätsklinikum Jena gemäß §75 Absatz 1b Satz 2 SGB V wurde im Januar 2018 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und dem Universitätsklinikum Jena abgeschlossen.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

B-1.1 Allgemeine Angaben Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3600
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Michael Bauer
Telefon	03641/9-323100
Fax	03641/9-323102
E-Mail	kaiweb@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kai/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Leitlinienmitarbeit bei der Erstellung der S-2k Leitlinien zur Sepsis
- Regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz ausgewählter Fälle mit der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie und im Bedarfsfall mit den anderen chirurgischen Kliniken
- Morbiditäts- und Vitalitätskonferenzen als Fallvorstellungen im Rahmen einer monatlichen Weiterbildung
- Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin - ein Projekt der LÄK Thüringen: <https://www.laek-thueringen.de>
- Qualitätsmanagement in der postoperativen Schmerztherapie (QUIPS): <http://www.quips-projekt.de> - Ausweitung auf europäischer Ebene als PAIN-OUT Projekt
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums
- AK Medizinisches QM und Dokumentation der ADAC-Luftrettung
- Durchführung eines Peer Reviews (externe Gutachter)-Verfahrens zur Verbesserung der medizinischen Qualität der intensivmedizinischen Behandlung (Projekt der Landesärztekammer Thüringen)
- Patientenkollektive, bei denen mehr als 50 % in Studien involviert sind: Patienten mit schwerer Sepsis/ septischem Schock
- Verwendung einer Vielzahl von Verfahrensanweisungen (VA) in allen Teilbereichen der Klinik
- 8 Schmerzkonferenzen in Zusammenarbeit mit den Kliniken für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Innere Medizin, dem Institut für Psychotherapie und weiteren Partnern
- Curriculum für klinisch tätige Assistenzärztinnen und Assistenzärzte und Doktoranden
- Nutzung einer klinikweiten Patienten-Daten-Management-Software (PDMS)
- laufende Projekte zur Erhöhung der Patienten- und Verwechslungssicherheit (Checklisten, Critical incident reporting system – Zwischenfallberichtssystem)

- Mitarbeit im "Center for Sepsis Control and Care (CSCC)", das als eines der eingerichteten Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren (IFB) durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) noch bis 2020 gefördert wird. Im CSCC werden Grundlagen- und klinische Forschung zur Diagnostik und Therapie schwerer Infektionen verknüpft.

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Kommentar
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	perioperative Begleitung der gesamten Transplantationschirurgie (Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren-, Pankreas- und Mehrorgan-Transplantation)
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	interdisziplinäre Abdeckung des kompletten intensivmedizinischen Spektrums zur Versorgung aller operativen Patienten
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	intensivmedizinische Betreuung schädel-hirn-traumatisierter Patienten bei konservativer oder nach operativer Therapie
VC71	Notfallmedizin	Versorgung von Stadt und Großraum Jena, Sicherstellung der innerklinischen Notfallversorgung
VX00	Spezialsprechstunde	Schmerztherapie inklusiv stationärer Versorgung und Akutschmerzdienst (ambulant und konsiliarisch stationär) Anesthesiesprechstunde im Klinikum Lobeda
VX00	Anästhesiologische Versorgung der Patienten	für alle operativ tätigen Kliniken sowie die Durchführung von Anästhesien für diagnostische und therapeutische Maßnahmen der konservativen Disziplinen mit Hilfe aller modernen Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie
VX00	Interdisziplinäre Schmerztagesklinik (zusammen mit dem Institut für Physiotherapie)	multimodale Behandlung mit täglichen Gruppenbehandlungen mit schmerztherapeutischen, psychologischen, sport-, physio- und ergotherapeutischen Schwerpunkten

B-1.5 Fallzahlen Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Insgesamt wurden über 3300 Patienten auf der Intensivstation behandelt. Hier werden nur die von der Intensivstation entlassenen Patienten erfasst.

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	299
Teilstationäre Fallzahl	525

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I33	33	Akute und subakute Endokarditis
2	R57	22	Schock, anderenorts nicht klassifiziert
3	I08	19	Krankheiten mehrerer Herzklappen
4	S06	18	Intrakranielle Verletzung
5	I21	16	Akuter Myokardinfarkt
6	I35	16	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten
7	I61	16	Intrazerebrale Blutung
8	I71	16	Aortenaneurysma und -dissektion
9	I50	12	Herzinsuffizienz
10	I60	11	Subarachnoidalblutung

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
A41	10	Sonstige Sepsis
I25	10	Chronische ischämische Herzkrankheit
K70	10	Alkoholische Leberkrankheit
C78	7	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
C22	6	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
I20	5	Angina pectoris
C34	6	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
J86	6	Pyothorax
I31	< 4	Sonstige Krankheiten des Perikards
J96	< 4	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98f	3201	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
2	8-701	2651	Einfache endotracheale Intubation
3	8-854	2053	Hämodialyse
4	1-620	1370	Diagnostische Tracheobronchoskopie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	8-831	1269	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
6	8-810	1164	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
7	8-800	1078	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8	8-144	471	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
9	8-812	378	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
10	5-311	155	Temporäre Tracheostomie

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-832	109	Legen und Wechsel eines Katheters in die A. pulmonalis
8-771	89	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
8-852	84	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie
8-919	80	Komplexe Akutschmerzbehandlung
8-980	71	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-390	69	Lagerungsbehandlung
8-858	67	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]
9-200	45	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
8-925	26	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring
8-855	19	Hämodiafiltration

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Anästhesie-Ambulanz	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM01 Hochschulambulanz nach § 117 SGB V AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) [LK03] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK36]
Angeborene Leistung	Aufklärung von Patienten über das Narkoseverfahren bei einem geplanten operativen Eingriff (VX00)

Schmerztherapie, Anästhesie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK36]

Schmerztherapie, Anästhesie

Angebote Leis- tung	Behandlung von ambulanten Patienten mit chronischen Schmerzen (VX00)
--------------------------------	--

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**Zulassung vorhanden**

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

B-1.11 Personelle Ausstattung**B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 110,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Voll- kräfte	Kommentar
Stationär	109,58	
Ambulant	1,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Voll- kräfte	Kommentar
Direkt	110,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2,7286

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 48,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Voll- kräfte	Kommentar
Stationär	47,55	
Ambulant	0,55	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Voll- kräfte	Kommentar
Direkt	48,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6,28812

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ42	Neurologie
AQ63	Allgemeinmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF15	Intensivmedizin
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 211,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	208,07	
Ambulant	3,59	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	211,66	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1,43702

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,65	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 460

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Kommentar: Unsere Pflegeassistenten werden in einer einjährigen Maßnahme dazu qualifiziert.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 398,66667

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 15,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,13	
Ambulant	0,37	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 19,76206

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 100

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 299

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ22	Intermediate Care Pflege
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ06	Master

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP14	Schmerzmanagement	interne Fortbildung
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP08	Kinästhetik	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP09	Kontinenzmanagement	

B-2 Klinik für Augenheilkunde**B-2.1 Allgemeine Angaben Klinik für Augenheilkunde**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Augenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2700
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Daniel Meller
Telefon	03641/9-329701
Fax	03641/9-329702
E-Mail	Daniel.Meller@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/augenklinik/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Behandlung nach nationalen und internationalen Leitlinien
- Beteiligung an überregionalen Vergleichen von Behandlungs-/ Untersuchungsergebnissen
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums
- Kooperation Mucoviscidosezentrum (Klinik für Kinder- und Jugendmedizin)
- Mitarbeit im Fabryzentrum am UKJ (Klinik für Neurologie)
- Kooperationen: Kinder-Jugendmedizin, Kinderchirurgie, HNO, Neurologie, Neurochirurgie, Endokrinologie, Rheumatologie

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Augenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Augenheilkunde	Kommentar
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA00	Botoxbehandlungen	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA17	Spezialsprechstunde	Lasersprechstunde, Netzhautsprechstunde, Makulasprechstunde, Hornhautsprechstunde, Glaukomsprechstunde Low Vision-Sprechstunde in Kooperation mit dem Fachbereich Augenoptik der Fachhochschule Jena

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Augenheilkunde	Kommentar
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	Spätsprechstunde
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA00	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren im Lidbereich	Zusammenarbeit mit Dermatologie
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	
VA00	Diagnostik und Therapie von Makulaerkrankungen zur Indikationsstellung intravitrealer Injektionen	

B-2.5 Fallzahlen Klinik für Augenheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3193
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	H25	1164	Cataracta senilis
2	H40	653	Glaukom
3	H33	279	Netzhautablösung und Netzhautriss
4	H16	137	Keratitis
5	T85	128	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
6	H35	114	Sonstige Affektionen der Netzhaut

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	H18	102	Sonstige Affektionen der Hornhaut
8	T86	75	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben
9	H43	72	Affektionen des Glaskörpers
10	H50	71	Sonstiger Strabismus

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
H34	68	Netzhautgefäßverschluss
T26	5	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde
H17	12	Hornhautnarben und -trübungen
C44	42	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
S05	31	Verletzung des Auges und der Orbita
H27	20	Sonstige Affektionen der Linse
H47	20	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn
D31	16	Gutartige Neubildung des Auges und der Augenanhangsgebilde
H20	15	Iridozyklitis

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-144	1318	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]
2	1-220	918	Messung des Augeninnendruckes
3	5-158	504	Pars-plana-Vitrektomie
4	5-155	432	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea
5	5-154	368	Anderer Operationen zur Fixation der Netzhaut
6	8-020	348	Therapeutische Injektion
7	5-985	302	Lasertechnik
8	5-124	285	Naht der Kornea
9	5-159	230	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum
10	5-131	215	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-096	95	Anderer Rekonstruktion der Augenlider
5-113	60	Konjunktivaplastik
5-10k	46	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln
5-132	134	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare
5-133	139	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation
5-125	135	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik
5-112	15	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-156	129	Andere Operationen an der Retina
5-137	99	Andere Operationen an der Iris

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Arbeitsbereich Strabismus, Kinder- und Neuroophthalmologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Anpassung von Sehhilfen (VA13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (VA10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels (VA08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn (VA09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit (VA11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen (VA14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01)
Angebotene Leistung	Ophthalmologische Rehabilitation (VA12)
Angebotene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)

Foto-Videolabor	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04)

Foto-Videolabor	
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01)
Angeborene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)

Glaukomsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07)

Hornhautsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04)

Kontaktlinsenabteilung	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angeborene Leistung	Anpassung von Sehhilfen (VA13)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04)
Angeborene Leistung	Ophthalmologische Rehabilitation (VA12)

Laserbereich	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05)

Netzhautsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06)

Poliklinik/ Ambulanz	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Poliklinik/ Ambulanz	
Kommentar	weitere Abrechnungsarten: AM04 Ermächtigung zur amb. Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV AM06 amb. Behandl. im Krankenh. § 116b SGB V [LK03] AM09 D-Arzt-/Berufsgen. Amb. AM11 vor-/ nachstat. Leistungen § 115a SGB V AM17 amb. spezialfachärztl. Versorgung § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Anpassung von Sehhilfen (VA13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels (VA08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01)
Angebotene Leistung	Ophthalmologische Rehabilitation (VA12)
Angebotene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)

Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Anpassung von Sehhilfen (VA13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (VA10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels (VA08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn (VA09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit (VA11)

Privatsprechstunde	
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA16)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen (VA14)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01)
Angeborene Leistung	Ophthalmologische Rehabilitation (VA12)
Angeborene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)

Ultraschall	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels (VA08)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-155	675	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea
2	5-144	602	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]
3	5-129	244	Andere Operationen an der Kornea
4	5-142	206	Kapsulotomie der Linse
5	5-093	59	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium
6	5-154	46	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut
7	5-091	42	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
8	5-096	24	Andere Rekonstruktion der Augenlider
9	5-136	23	Andere Iridektomie und Iridotomie
10	5-097	22	Blepharoplastik
11	5-10k	14	Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln
12	5-094	12	Korrekturoperation bei Blepharoptosis
13	5-112	12	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva
14	5-10b	< 4	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel
15	5-10g	< 4	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel
16	5-114	< 4	Lösung von Adhäsionen zwischen Konjunktiva und Augenlid
17	5-133	< 4	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation
18	5-139	< 4	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare
19	5-149	< 4	Andere Operationen an der Linse

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung**B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 18,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15	
Ambulant	3,37	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,37	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 212,86667

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,04	
Ambulant	0,97	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,01	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 633,53175

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ04	Augenheilkunde

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 14,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,45	
Ambulant	3,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 278,86463

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 15204,7619

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 106433,33333

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,16	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1010,44304

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,66

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,66	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,66	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1923,49398

Hebammen und Entbindungspfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 39912,5

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	1,9	
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3846,98795

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ08	Pflege im Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement

B-3 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie**B-3.1 Allgemeine Angaben Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Utz Settmacher
Telefon	03641/9-322601
Fax	03641/9-322602
E-Mail	avg@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/avc

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- zertifiziertes Viszeralonkologisches Zentrum (Darmkrebszentrum, Leberkrebszentrum) und Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)

- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- interne Qualitätssicherung, z.B. Dokumentation und Monitoring von Morbidität und Mortalität für alle stationären Patienten seit Juni 2004
- regelmäßige Fortbildung über die Anwendung der Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)
- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V; Lebertransplantation und Leberlebendspende, Pankreas- und Nierentransplantation (s. Kapitel C)
- standardisierte Tumordokumentation gemäß den Richtlinien der ADT (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Tumorzentren) bei allen stationären und ambulanten Tumorpatienten
- Mitglied des Transplantationszentrums
- Studien zur Lebertransplantation
- Studien zur multimodalen Tumorbehandlung (Ösophagus, Leber, Pankreas, Kolon und Rektum)
- Gefäßkonferenz, gemeinsam mit den Partnern des Gefäßzentrums
- monatliches überregionales, interdisziplinäres Wundkonsil
- zwei Gefäßassistentinnen zum Einsatz in der Gefäßsprechstunde, auf den Stationen und im OP
- zwei Krankenschwestern in Weiterbildung Fachkrankenpflege Transplantation
- innovativer Therapieansatz für ausgewählte Patienten mit nicht-resektablen Lebermetastasen des Darmkrebses: zweizeitige Hepatektomie und Transplantation der Teilleber eines Lebendspenders

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Kommentar
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	Aorta Speiseröhre
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC58	Spezialsprechstunde	Lebertransplantations-, Gefäß- und Viszeral-Sprechstunde; Sonografie-Sprechstunde; Gefäßsprechstunde; koloproktologische Sprechstunde; Adipositas-Sprechstunde; Magen-/Ösophagus-Sprechstunde
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	z.B. TEM (transanale endoskopische Mukosaresektion)
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	auch roboter-assistiert (da-Vinci-Operationsroboter)
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	Gefäßverletzungen
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	Traumatische Aortenruptur

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Kommentar
VC25	Transplantationschirurgie	Leber/ Pankreas, kombinierte Transplantationen/ Transplantationen von Bauchorganen einzeln und auch in Kombinationen - Multiviszeraltransplantationen (Pankreas und Niere, Leber mit Herz oder Niere etc.). Ein Schwerpunkt stellt auch die Transplantation mit Hilfe der Lebendspende dar.
VC24	Tumorchirurgie	Operationen sämtlicher solider Tumoren des Bauchraums mit Ausnahme des Urogenitaltrakts, multiviszerale Resektionen, multimodale Verfahren (z. B. zytoreduktive Chirurgie und HIPEC)
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Leber: Resektion, Ex-situ-Resektion, Transplantation, Leberlebendspende, Thermoablation, Chemoembolisation, SIRT. Galle: konventionelle / laparoskopische Cholezystektomie, biliodigestive Anastomosen, Drainageoperation. Pankreas: Teilresektionen, komplette Entfernung, Drainageoperation
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Magen: Resektion, Bypass. Dünndarm: Resektion, Behandlung von Durchblutungsstörungen. Dickdarm: Resektion, Blinddarmentfernung. Enddarm: Ersatz durch Pouch, Hämorrhoidektomie, endoskopische Chirurgie (TEM), Rektopexie, Fissurbehandlung, Beckenbodenzentrum, STARR- Operation, Adipositaschirurgie
VC21	Endokrine Chirurgie	Schilddrüse, partielle und komplette Entfernung der Schilddrüse, Entfernung von intrathorakalen Strumen, von Nebennierentumoren, konventionelle bzw. laparoskopische Entfernung/ Pankreas, Pankreasteilresektionen, komplette Entfernung der Bauchspeicheldrüse, Nebenschilddrüsenchirurgie (alle Arten)
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	z.B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßkrankungen	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßkrankungen	z.B. Carotischirurgie
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	thorakal und abdominal
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	

B-3.5 Fallzahlen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3162
Teilstationäre Fallzahl	7

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I70	197	Atherosklerose
2	K80	171	Cholelithiasis
3	K83	151	Sonstige Krankheiten der Gallenwege
4	T82	145	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
5	C22	137	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
6	K35	133	Akute Appendizitis
7	C78	124	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
8	K43	98	Hernia ventralis
9	I71	77	Aortenaneurysma und -dissektion
10	K40	72	Hernia inguinalis

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C18	60	Bösartige Neubildung des Kolons
C20	55	Bösartige Neubildung des Rektums
C25	44	Bösartige Neubildung des Pankreas
C16	37	Bösartige Neubildung des Magens
C15	34	Bösartige Neubildung des Ösophagus
E66	30	Adipositas
N18	29	Chronische Nierenkrankheit
L05	28	Pilonidalzyste
K50	17	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
C19	11	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C17	10	Bösartige Neubildung des Dünndarmes

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-469	1356	Andere Operationen am Darm
2	5-452	401	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
3	5-511	382	Cholezystektomie
4	5-429	365	Andere Operationen am Ösophagus
5	5-916	322	Temporäre Weichteildeckung
6	5-541	295	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
7	5-399	290	Andere Operationen an Blutgefäßen

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	5-932	284	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
9	5-514	224	Andere Operationen an den Gallengängen
10	5-394	176	Revision einer Blutgefäßoperation

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-381	171	Enderarteriektomie
5-455	169	Partielle Resektion des Dickdarmes
1-920	154	Medizinische Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Transplantation
5-393	153	Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen
5-454	133	Resektion des Dünndarmes
5-38a	119	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen
5-502	97	Anatomische (typische) Leberresektion
5-865	84	Amputation und Exartikulation Fuß
5-504	68	Lebertransplantation
5-524	56	Partielle Resektion des Pankreas

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Abdominalsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus § 116b SGB V [LK03] AM07 Privatambulanz AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftl. Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen § 115a SGB V AM17 amb. spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V [LK29, LK33, LK36]
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)

Gefäßsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
Angebotene Leistung	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)

Kolorektale Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von kolorektalen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC00)
Angebotene Leistung	Konservative Behandlung von kolorektalen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC00)
Angebotene Leistung	Konventionelle und minimalinvasive Behandlung von kolorektalen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)

Sonografie-Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Sonographie gestützte Punktionen weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)

Spezialsprechstunde Adipositas	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)

Spezialsprechstunde Lebertransplantation	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)

Spezialsprechstunde Magen/ Ösophagus	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten: AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angeborene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)

Spezialsprechstunde Tumorerkrankungen der Leber	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Therapieplanung für Patienten mit neu diagnostizierten Tumoren der Leber weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angeborene Leistung	Spezialsprechstunde (VC58)

B-3.9 *Ambulante Operationen nach § 115b SGB V*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	56	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	5-392	6	Anlegen eines arteriovenösen Shunt
3	5-897	4	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
4	1-442	< 4	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5	1-694	< 4	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
6	5-385	< 4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
7	5-394	< 4	Revision einer Blutgefäßoperation
8	5-490	< 4	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
9	5-530	< 4	Verschluss einer Hernia inguinalis

B-3.10 *Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft*

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

B-3.11 *Personelle Ausstattung*

B-3.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 32,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,93	
Ambulant	1,99	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 102,23084

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 18,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,81	
Ambulant	1,11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 177,54071

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	und Europäischer Facharztstitel "Surgical Oncology EBSQ"

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 48,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	46,87	
Ambulant	1,62	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	48,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 67,4632

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 988,125

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 669,91525

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5855,55556

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,4	
Ambulant	0,91	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 930

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ22	Intermediate Care Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®	

B-4 Klinik für Kinderchirurgie**B-4.1 Allgemeine Angaben Klinik für Kinderchirurgie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Kinderchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1300
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktorin
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Felicitas Eckoldt
Telefon	03641/9-322701
Fax	03641/9-322702
E-Mail	Felicitas.Eckoldt@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kinderchirurgie/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Mitwirkung im Perinatalzentrum Level 1 seit 01.01.2006 gemäß der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums (periZert Level I)
- Zusammenarbeit mit anderen Kliniken am UKJ, z.B. mit Klinik für Unfallchirurgie im Kindertraumazentrum
- Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS), 24h Bereitschaft
- Mitaufnahme von Eltern (Z76 - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen - als häufigste Diagnose: 645 Mal)

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinderchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinderchirurgie	Kommentar
VC00	operative Versorgung seltener angeborener Erkrankungen: angeborene Zwerchfellhernie, Adrenogenitales Syndrom, Blasenektrophie, Epispadie, Mb. Hirschsprung	
VK29	Spezialsprechstunde für	<ul style="list-style-type: none"> - Frakturen - Handchirurgie - Nierenfehlbildungen - Einnässen - männliche und weibliche Genitalfehlbildungen - Fehlbildungen des Darmes "Mb. Hirschsprung" - Hypospadie - Kinder- und Jugendgynäkologie „Mädchensprechstunde“

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinderchirurgie	Kommentar
VK31	Kinderchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VK00	Neugeborenenchirurgie	
VU08	Kinderurologie	

B-4.5 Fallzahlen Klinik für Kinderchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	907
Teilstationäre Fallzahl	1

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S06	147	Intrakranielle Verletzung
2	K40	74	Hernia inguinalis
3	S52	60	Fraktur des Unterarmes
4	Q53	48	Nondescensus testis
5	K35	40	Akute Appendizitis
6	S42	37	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
7	Q62	27	Angeborene obstruktive Defekte des Nierenbeckens und angeborene Fehlbildungen des Ureters
8	N13	20	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
9	Q54	18	Hypospadie
10	S82	17	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
N99	14	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
Q43	13	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Darmes
Q55	11	Sonstige angeborene Fehlbildungen der männlichen Genitalorgane
Q52	10	Sonstige angeborene Fehlbildungen der weiblichen Genitalorgane
T21	8	Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes
L05	7	Pilonidalzyste
Q42	7	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes
Q69	6	Polydaktylie
T20	< 4	Verbrennung oder Verätzung des Kopfes und des Halses
Q40	< 4	Sonstige angeborene Fehlbildungen des oberen Verdauungstraktes
Q39	< 4	Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus
Q27	< 4	Sonstige angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-530	88	Verschluss einer Hernia inguinalis
2	5-399	82	Andere Operationen an Blutgefäßen
3	5-790	78	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
4	1-661	58	Diagnostische Urethrozystoskopie
5	5-624	44	Orchidopexie
6	5-470	39	Appendektomie
7	5-541	35	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
8	1-650	34	Diagnostische Koloskopie
9	5-469	20	Andere Operationen am Darm
10	5-894	20	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-923	20	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen
5-645	18	Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie
5-568	11	Rekonstruktion des Ureters
5-716	9	Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums)
5-713	9	Operationen an der Klitoris
5-537	5	Verschluss kongenitaler Bauchwanddefekte (Omphalozele, Laparoschisis)
5-495	5	Primäre plastische Rekonstruktion bei anorektalen Anomalien
5-917	4	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger
5-432	< 4	Operationen am Pylorus
5-065	< 4	Exzision des Ductus thyreoglossus

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Kinderchirurgie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM07 Privatambulanz AM08 Notfallambulanz (24h) AM09 D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Kinderchirurgie (VK31)
Angebotene Leistung	Kinderurologie (VU08)
Angebotene Leistung	Neugeborenenchirurgie (VK00)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	53	Entfernung von Osteosynthesematerial
2	5-640	24	Operationen am Präputium
3	5-530	23	Verschluss einer Hernia inguinalis
4	5-399	10	Andere Operationen an Blutgefäßen
5	5-624	8	Orchidopexie
6	8-200	6	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese
7	5-611	5	Operation einer Hydrocele testis
8	1-661	4	Diagnostische Urethrozystoskopie
9	5-841	4	Operationen an Bändern der Hand
10	1-444	< 4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
11	5-349	< 4	Andere Operationen am Thorax
12	5-534	< 4	Verschluss einer Hernia umbilicalis
13	5-535	< 4	Verschluss einer Hernia epigastrica
14	5-581	< 4	Plastische Meatotomie der Urethra
15	5-622	< 4	Orchidektomie
16	5-625	< 4	Exploration bei Kryptorchismus
17	5-630	< 4	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici
18	5-790	< 4	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
19	5-810	< 4	Arthroskopische Gelenkoperation

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung**B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,55	
Ambulant	0,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 106,08187

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,44	
Ambulant	0,23	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 204,27928

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
AQ09	Kinderchirurgie

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,62	
Ambulant	0,11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 196,32035

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 364,25703

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2591,42857

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1277,46479

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,64	
Ambulant	0,11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1417,1875

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-5 Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

B-5.1 Allgemeine Angaben Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	2100
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Torsten Doenst
Telefon	03641/9-322901
Fax	03641/9-322902
E-Mail	ht@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/htchirurgie/Klinik.html

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- international ausgewiesene Expertise für minimalinvasive Techniken zur Durchführung etablierter herzchirurgischer Eingriffe ohne Durchtrennung des Brustbeins (ohne Sternotomie)
- Besprechung aller verstorbenen Patienten in einer interdisziplinären Mortalitätskonferenz in Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesiologie, der Klinik für Innere Medizin I, der Intensivmedizin und dem Institut für Pathologie
- Herzkonferenz, gemeinsam mit der Klinik für Innere Medizin I

- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Zusätzlich Herzteam-Konferenz mit externen Kardiologen
- Tumorboard im Rahmen des UniversitätsTumorCentrums (s. a. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>)
- langjährig etabliertes Transplantationszentrum für Herz und Lunge
- Jahres-Follow-Ups bis 5 Jahre nach Entlassung
- Stützwesten zur Reduktion des tiefen Wundinfektionsrisikos und präventive Saugtherapien
- Teilnahme am Deutschen Aortenklappenregister
- Durchführung von Weiterbildungskursen (national und international) für Ärzte in minimalinvasiver Herz- und Thoraxchirurgie
- Teilnahme an mehreren prospektiv-randomisierten Studien zu wichtigen klinischen Fragestellungen in der Herzchirurgie
- Schwerpunkt auf Nachwuchsförderung: Leitung eines internationalen Austauschprogramms für Studenten (BMEP), Durchführung einer Mentorengruppe jährlich für 2. und 3. Semester
- Leitung und Durchführung von DFG-Nachwuchsakademien zur wissenschaftlichen Qualifizierung des Nachwuchses in der Herzchirurgie
- Regelmäßige Publikation abteilungseigener klinischer Ergebnisse (Tasar et al. Thorac Cardiovasc Surg Rep., Amorim et al. Thorac Cardiovasc Surg., Diab et al. Thorac Cardiovasc Surg., Findeisen et al, Eur J Cardiothorac Surg., Doenst et al. Clin Res Cardiol.)

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie	Kommentar
VC01	Koronarchirurgie	jetzt auch Bypasschirurgie ohne Sternotomie
VC00	Videoassistierte Thoraxchirurgie	uniportale VAT-Chirurgie, Vorbereitung auf Robotereinsatz
VC00	Zwerchfellchirurgie	
VC00	Minimal invasive Thoraxchirurgie (Schlüsselloch-Chirurgie)	
VC00	Sympathektomie bei übermäßigem Schwitzen (Hyperhidrosis)	
VC00	Transplantationsambulanz für thorakale Organe	
VC00	Lungentransplantation	
VC00	Herz- und Thoraxchirurgische Ambulanz	
VC00	Assist/Kunsthertz	
VC00	Laser-Chirurgie (Nd:YAG)	
VC00	Rhythmuschirurgie	
VC00	Korrektur von Brustkorbdeformitäten (z.B. OP nach NUSS)	
VC00	Entfernung von Herztumoren	
VC00	Operationen an der A. carotis interna im Zusammenhang mit herzchirurgischen Eingriffen	
VC00	Herz-Lungen-Transplantation	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie	Kommentar
VC00	Tumorresektion bei Lungenkrebs (komplette und partielle Lobektomie, parenchymsparende Resektion)	neuer Schwerpunkt auf VATS-Lobektomie
VC00	Chirurgische Versorgung bei Thoraxtrauma	
VC00	Entfernung von Lungenmetastasen	
VC00	Entfernung von Mediastinaltumoren	
VC59	Mediastinoskopie	
VC00	Therapie von Brustwand- und Rippenfellerkrankungen	
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	ausgedehnte Erfahrung im Bereich der Ventrikelrekonstruktion bei anterioren und posterioren Aneurysmata sowie Infarkt VSDs
VC03	Herzklappenchirurgie	Schwerpunkt in minimalinvasiver Klappenchirurgie: Durchführung aller Klappeneingriffe über Minithorakotomie (Aorten-, Mitral- und Trikuspidalklappe) – besonders relevant für Reoperationen; universitäres Herzzentrum mit Entwicklungsschwerpunkt im Bereich der Katheterklappentechnologie
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	im Erwachsenenalter
VC05	Schrittmachereingriffe	besondere Expertise in der Lasersondenextraktion
VC06	Defibrillatoreingriffe	besondere Expertise in der Lasersondenextraktion
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	neuer Fokus
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	besondere Expertise in der Perikardektomie
VC11	Lungenchirurgie	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	beinhaltet auch alle Formen der Aortenklappenrekonstruktion
VC00	Behandlung von entzündlichen Erkrankungen der Lunge	
VC00	Lungenvolumenreduktionschirurgie	
VC00	Roboterassistierte Thoraxchirurgie RATS	
VC00	Zweitmeinungen bei kraniovasculären Erkrankungen und koronarer Herzerkrankung	
VC00	Spezialsprechstunde Diagnostik und Therapie von Herzklappenerkrankungen	

B-5.5 Fallzahlen Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1579
Teilstationäre Fallzahl	11

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	103	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2	I21	100	Akuter Myokardinfarkt
3	I35	100	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
4	I08	99	Krankheiten mehrerer Herzklappen
5	I34	79	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
6	T86	72	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben
7	C78	53	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
8	I25	51	Chronische ischämische Herzkrankheit
9	Q23	44	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe
10	I71	41	Aortenaneurysma und -dissektion

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
T82	40	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
I50	35	Herzinsuffizienz
I33	34	Akute und subakute Endokarditis
J86	30	Pyothorax
J44	20	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
J93	19	Pneumothorax
I36	16	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten
I42	13	Kardiomyopathie
I07	11	Rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten
I31	11	Sonstige Krankheiten des Perikards

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-052	423	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
2	5-362	384	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik
3	5-353	377	Valvuloplastik
4	5-351	360	Ersatz von Herzklappen durch Prothese

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	9-984	222	Pflegebedürftigkeit
6	5-379	220	Andere Operationen an Herz und Perikard
7	5-361	216	Anlegen eines aortokoronaren Bypass
8	5-986	201	Minimalinvasive Technik
9	5-344	197	Pleurektomie
10	5-916	170	Temporäre Weichteildeckung

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-378	110	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
5-320	107	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus
5-384	98	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta
5-322	83	Atypische Lungenresektion
5-324	71	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-371	60	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
5-352	40	Wechsel von Herzklappenprothesen
5-377	39	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
5-376	29	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch
8-987	27	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
5-323	26	Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge
5-370	25	Perikardiotomie und Kardiotomie
5-987	24	Anwendung eines OP-Roboters
5-343	23	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand
5-345	22	Pleurodesse [Verödung des Pleuraspaltes]
5-328	20	Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie
5-346	20	Plastische Rekonstruktion der Brustwand
5-325	19	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
5-335	12	Lungentransplantation
5-375	5	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Herz- und Thoraxchirurgische Ambulanz	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18] AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)

Herz- und Thoraxchirurgische Ambulanz	
Angebote Leistung	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)
Angebote Leistung	Schrittmachereingriffe (VC05)
Angebote Leistung	Spezialsprechstunde Diagnostik und Therapie von Herzklappenerkrankungen (VC00)
Angebote Leistung	Zweitmeinungen bei kraniovaskulären Erkrankungen und koronarer Herzerkrankung (VC00)

Transplantationsambulanz für thorakale Organe	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebote Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VI21)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 20,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,27	
Ambulant	1,5	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,77	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 81,94084

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,84	
Ambulant	0,65	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 178,61991

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ08	Herzchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF15	Intensivmedizin	herzchirurgische Intensivmedizin

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 31,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,44	
Ambulant	0,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,62	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 50,22265

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 387,0098

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,41	
Ambulant	0,51	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 655,18672

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP16	Wundmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP24	Deeskalationstraining	z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie
ZP08	Kinästhetik	

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Den Patienten der Herzchirurgie steht ein erfahrener Psychologe zur Seite.

B-6 Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie**B-6.1 Allgemeine Angaben Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Gunther Hofmann
Telefon	03641/9-322801
Fax	03641/9-322802
E-Mail	unfallchirurgie@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/uc/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Zertifizierungen:
 - Zertifiziert als überregionales Traumazentrum der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
 - Zugelassen zum Schwerstverletztenartenverfahren der Berufsgenossenschaften
 - Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
 - Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an nationalen und internationalen Registern:
 - Schwerverletztenregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
 - Beckenregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
 - Endoprothesenregister Deutschland (Hüft- und Kniegelenksendoprothetik)
 - Handtraumaregister der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie
- Strukturierte Besprechungen:
 - tägliche Früh- und Spätdesprechung (Indikationsbesprechung)
 - monatliche Komplikationsbesprechung
 - Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des Universitäts-TumorCentrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
 - externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
 - enge Kooperation mit der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Halle Bergmannstrost bei der Behandlung von Mehrfach- und Schwerstverletzten; Prof. Hofmann ist Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Halle Bergmannstrost
 - Patientenkollektive bei denen mehr als 50 % in Studien involviert sind: Becken- und Acetabulumverletzungen, Makroreplantationen, navigierte Operationen (Becken), Kniegelenksendoprothetik, Schwerverletzte mit einem ISS > 15
 - Leitlinienmitarbeit AG "Polytrauma" der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, AG "Becken" der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**Angaben zu Zielvereinbarungen**

Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC00	Verbund der Kliniken für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der FSU Jena und den Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken Bergmannstrost Halle (Saale) unter gemeinsamer ärztlicher Leitung
VC00	Komplexe Verletzungen und angeborene Deformitäten der Hand
VC00	Replantationschirurgie
VC00	Mikrochirurgische Lappenplastiken
VC00	Wiederherstellungschirurgie
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie
VC00	Navigierte operative Eingriffe
VC00	Versorgung von Becken und Acetabulumverletzungen
VC00	Operative Versorgung von Schwerstverletzten
VC71	Notfallmedizin
VC24	Tumorchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VR02	Native Sonographie
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Spezialsprechstunde
VC62	Portimplantation
VC63	Amputationschirurgie
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Arthroskopische Operationen
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC69	Verbrennungschirurgie
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VR44	Teleradiologie

B-6.5 Fallzahlen Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2487
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S82	220	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
2	S72	217	Fraktur des Femurs
3	S42	203	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
4	S52	194	Fraktur des Unterarmes
5	S32	93	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
6	S83	76	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
7	M84	75	Veränderungen der Knochenkontinuität
8	T84	75	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
9	S92	55	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]
10	D48	54	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
S62	51	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand
S63	51	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S68	49	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand
M17	48	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
G56	45	Mononeuropathien der oberen Extremität
M16	36	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
C49	32	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
S43	31	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels
S65	31	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S66	31	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
M86	30	Osteomyelitis
S22	19	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
M65	18	Synovitis und Tenosynovitis
M18	17	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]
M20	16	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
M23	16	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
M67	14	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
S46	14	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes
S76	14	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels
M00	12	Eitrige Arthritis
M75	9	Schulterläsionen
S64	9	Verletzung von Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S86	9	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels
S93	9	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes
C40	6	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
M21	6	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten
D17	5	Gutartige Neubildung des Fettgewebes
M66	5	Spontanruptur der Synovialis und von Sehnen

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-794	582	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
2	5-787	509	Entfernung von Osteosynthesematerial
3	5-780	414	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch
4	5-896	386	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5	5-790	373	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
6	5-840	261	Operationen an Sehnen der Hand
7	5-850	247	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
8	5-916	210	Temporäre Weichteildeckung
9	5-056	205	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
10	5-800	153	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-820	151	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-822	101	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
5-792	86	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
5-812	84	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken
5-841	87	Operationen an Bändern der Hand
5-793	76	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-808	39	Offen chirurgische Arthrodese
5-806	24	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Endoprothetiksprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)

Endoprothetiksprechstunde	
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Endoprothetik (VO14)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)

Endoprothetikprechstunde	
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rheumachirurgie (VO17)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VO13)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Tumorchirurgie (VC24)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

Fußsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)

Fußsprechstunde	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Endoprothetik (VO14)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rheumachirurgie (VO17)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VO13)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

Handchirurgie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM16 Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rheumachirurgie (VO17)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Tumorchirurgie (VC24)

Kniesprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Kniesprechstunde	
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)

Sportsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)
Angebotene Leistung	Arthroskopische Operationen (VC66)
Angebotene Leistung	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)

Sportsprechstunde	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Endoprothetik (VO14)
Angebotene Leistung	Fußchirurgie (VO15)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rheumachirurgie (VO17)
Angebotene Leistung	Schulterchirurgie (VO19)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VO13)
Angebotene Leistung	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
Angebotene Leistung	Tumorchirurgie (VC24)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

Tumorsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	Amputationschirurgie (VC63)

Tumorsprechstunde	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane (VO11)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Handchirurgie (VO16)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Tumorchirurgie (VC24)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	98	Entfernung von Osteosynthesematerial
2	5-056	39	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
3	5-841	30	Operationen an Bändern der Hand
4	5-840	29	Operationen an Sehnen der Hand
5	5-790	21	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
6	5-796	14	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
7	5-849	13	Andere Operationen an der Hand
8	5-780	11	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch
9	5-811	11	Arthroskopische Operation an der Synovialis
10	5-795	10	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
11	5-812	6	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
12	5-844	6	Operation an Gelenken der Hand
13	5-041	5	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven
14	5-810	5	Arthroskopische Gelenkoperation
15	5-845	5	Synovialektomie an der Hand
16	5-863	5	Amputation und Exartikulation Hand
17	1-502	< 4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
18	1-513	< 4	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision
19	1-697	< 4	Diagnostische Arthroskopie
20	5-044	< 4	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär
21	5-047	< 4	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär
22	5-057	< 4	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition
23	5-782	< 4	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
24	5-794	< 4	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
25	5-79a	< 4	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese
26	5-79b	< 4	Offene Reposition einer Gelenkluxation
27	5-800	< 4	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
28	5-807	< 4	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke
29	5-808	< 4	Offen chirurgische Arthrodese
30	5-842	< 4	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger
31	5-846	< 4	Arthrodese an Gelenken der Hand
32	5-850	< 4	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
33	5-852	< 4	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
34	5-859	< 4	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
35	8-201	< 4	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 24,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,87	
Ambulant	0,98	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,85	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 104,18936

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,33

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,91	
Ambulant	0,42	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,33	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 227,956

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ06	Allgemeinchirurgie	Weiterbildungsberechtigung im Rahmen des Common Trunk
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	Volle Weiterbildungsberechtigung
AQ13	Viszeralchirurgie	Weiterbildungsberechtigung im Rahmen des Common Trunk

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF12	Handchirurgie	Volle Weiterbildungsberechtigung
ZF15	Intensivmedizin	Chirurgische Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	Volle Weiterbildungsberechtigung

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 31,73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,31	
Ambulant	1,42	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	31,73	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 82,05213

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3454,16667

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 967,70428

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3454,16667

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,36	
Ambulant	1,31	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1828,67647

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ22	Intermediate Care Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-7 Klinik für Geburtsmedizin**B-7.1 Allgemeine Angaben Klinik für Geburtsmedizin**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Geburtsmedizin
Fachabteilungsschlüssel	2500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Ekkehard Schleußner
Telefon	03641/9-329201
Fax	03641/9-329202
E-Mail	Gabriele.Schack@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/geburtsmedizin/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- weitere QM-Zertifikate: EBCOG (europäische Facharztweiterbildung)
- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Perinatalzentrum Level 1 seit 01.01.2006 gemäß der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen
- Hauptpartner des zertifizierten Perinatalzentrums (periZert; Level I)
- Risikomanagement im Rahmen von Perinatalogischen Fallkonferenzen
- Humangenetische Fallauswertung
- Mitaufnahme von Partnern (Z76 - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen - als zweithäufigste Diagnose: 460 Mal)

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geburtsmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geburtsmedizin	Kommentar
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG15	Spezialsprechstunde	Ultraschallsprechstunde, Schwangerensprechstunde, Medikamentenberatung, Psychosomatische Geburtshilfe, Diabetessprechstunde, Thrombophiliesprechstunde, Infektionen in der Schwangerschaft
VG00	Erfassung und Behandlung besonderer mütterlicher Risiken	Zuckerkrankheit (Diabetes), Gerinnungsstörungen, Infektionen, v. a. fetale Fehlbildungen, psychische Belastungen und Medikamenteneinnahme in der Schwangerschaft, mütterliche Erkrankungen (z. B. neurologische Erkrankungen, Herzkrankheiten, Nierenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen)
VG00	Gesamtes Spektrum an Entbindungsmöglichkeiten bei Risiko- und Nicht-Risikoschwangerschaft (Spontangeburt, vaginal-operative Entbindung, Sectio)	
VG00	Laktationsberatung im Wochenbett und auf der Neonatologie	
VG00	Perinatalzentrum in Thüringen gemeinsam mit der Abteilung Neonatologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Level 1)	
VG00	Schwangereninformationsabende	
VG00	Spezialeinrichtung zur Erfassung kindlicher Herzrhythmusstörungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geburtsmedizin	Kommentar
VG00	Perinatologisches Konsil bei kindlichen oder mütterlichen Erkrankungen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten	Perinatalzentrum Level 1

B-7.5 Fallzahlen Klinik für Geburtsmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3440
Teilstationäre Fallzahl	179

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	O70	355	Dammriss unter der Geburt
2	O99	181	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
3	O34	179	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane
4	O68	167	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]
5	O71	165	Sonstige Verletzungen unter der Geburt
6	O60	149	Vorzeitige Wehen und Entbindung
7	O42	110	Vorzeitiger Blasensprung
8	P08	101	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht
9	O36	98	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus
10	P05	80	Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
O24	41	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft
O14	32	Präeklampsie
O30	25	Mehrlingsschwangerschaft
O23	16	Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	1337	Postnatale Versorgung des Neugeborenen

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
2	9-261	1254	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
3	5-758	808	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]
4	5-749	531	Andere Sectio caesarea
5	8-910	198	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
6	8-810	170	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
7	5-756	143	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)
8	5-738	142	Episiotomie und Naht
9	9-260	135	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
10	5-728	90	Vakuumentbindung

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-674	57	Rekonstruktion der Cervix uteri in der Gravidität
8-510	20	Manipulation am Fetus vor der Geburt
5-727	12	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz allgemeine Geburtshilfe	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK 34, LK36]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebotene Leistung	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
Angebotene Leistung	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Kreißsaal	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM08 Notfallambulanz (24h) AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK 34, LK36]
Angebotene Leistung	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebotene Leistung	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
Angebotene Leistung	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)

Spezialsprechstunde Geburtshilfe	
Ambulanzart	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK 34, LK36] Hier werden v.a. Leistungen zur Geburtsvorbereitung angeboten.
Angebote Leistung	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebote Leistung	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
Angebote Leistung	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)
Angebote Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-852	45	Diagnostische Amniozentese [Amnionpunktion]
2	1-473	< 4	Biopsie ohne Inzision am graviden Uterus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
3	5-690	< 4	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 17,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,76	
Ambulant	1,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 218,27411

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,5	
Ambulant	0,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 327,61905

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	DEGUM II

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,83	
Ambulant	0,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 439,33589

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 882,05128

Hebammen und Entbindungspfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 26,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,58	
Ambulant	0,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 129,42062

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ16	Familienhebamme und Familienentbindungspfleger
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP28	Still- und Laktationsberatung

Im Team der Geburtsmedizin gibt es auch eine Diätassistentin.

B-8 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin**B-8.1 Allgemeine Angaben Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin
Fachabteilungsschlüssel	2425
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med., MBA Ingo Runnebaum
Telefon	03641/9-329101
Fax	03641/9-329102
E-Mail	Direktion-Gyn@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/frauenheilkunde/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Weitere QM-Zertifikate:
 - Interdisziplinäres Brustzentrum und Gynäkologisches Krebszentrum und Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
 - Partner des zertifizierten Perinatalzentrums (periZert, Level I)
 - Universitäres Beckenbodenzentrum (Deutsche Kontinenz Gesellschaft: Beratungsstelle)
 - Endometriose-Zentrum Stufe III (Stiftung Endometriose Forschung)
 - Dysplasiezentrum
 - Kinderwunsch-Zentrum
 - Ausbildungszentrum
 - der EBCOG (europäische Facharztweiterbildung)
 - der ESGO (Europäische Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie, Ausbildungsprogramm zum Experten für Gynäkologische Onkologie)
 - der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie (AGE)
- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Risikomanagement im Rahmen von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumorCentrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- Mitarbeit in der Kommission AGO Uterus und in der Kommission AGO Ovar der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Leitlinienerstellung, Kongresse etc.), Mitglied im Vorstand des UniversitätsTumorCentrums Jena
- internationale wissenschaftliche Kooperationen
- stetige Teilnahme an klinischen Studien

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin	Kommentar
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	<p>Diagnostik: US, Mammographie, Mamma-MR, Hochgeschwindigkeitsstanz-, Vakuumstanz- u. MRT-gestützte Stanzbiopsie</p> <p>Operative Th.: brusterhaltende OPs, radikale u. hautsparende Mastektomieverfahren, Rekonstruktionen, Lappenplastiken</p> <p>Systemtherapien: Chemotherapie, Antikörpertherapie, Endokrine Therapie</p>
VG00	Radikale Trachelektomie mit laparoskopischer Lymphonodektomie	
VG00	Laparoskopisch radikale Hysterektomie (LRH) mit Nervenerhalt und pelviner und paraaortaler Lymphonodektomie	
VG00	Resektion von tiefinfiltrierender Endometriose mit Darmresektion von vaginal kombiniert mit Laparoskopie	
VG00	Extenteration mit Rekonstruktion von Harnblase und Scheide mit Wiederherstellung der Darmkontinuität	
VG00	Multiviszeralchirurgie zur kompletten Tumorentfernung bei ausgedehnter Tumorerkrankung wie Peritonealkarzinose und Eierstockkrebs	in Kooperation mit den Kliniken für Urologie sowie Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
VG00	Gynäkologische Endokrinologie	Amenorrhoe, polyzystische Ovarsyndrom, Hyperandrogenämie, Haarausfall, Hirsutismus, spezielle Kontrazeption, Klimakterium, Geschlechtsumwandlung
VG00	Kosmetische/ plastische Genitaloperationen inklusiv freie Lappenplastiken	<p>Labien-/ Klitoris- und Hymenalplastiken</p> <p>Lappenplastiken/ Anlage einer Neovagina nach radikaler Tumoroperation/ angeborener Fehlbildung</p>
VG00	Diagnostik und Therapie bei Kinderwunsch	Hormonbehandlung, Insemination, In-vitro-Fertilisation (IVF)/ Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), Polarisationsmikroskopie, Schlüpfhilfe mittels Laser, Kryokonservierung von Ovargewebe und/oder Spermien, Spermioogramme und Spermienaufarbeitung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin	Kommentar
VG00	Fertilitätserhalt bei onkologischen Patienten	Teilnahme am FertiPRO-TEKT-Programm (hormoneller Schutz, Kryokonservierung von Ovargewebe und/ oder Ejakulat) Transposition der Ovarien, radikale Trachelektomie
VG16	Urogynäkologie	urodynamische Messung, individuelle Betreuung, Universitäts-Beckenboden-Zentrum mit interdisziplinärer Diagnostik und Therapie, Ultraschall-diagnostik, Blasen- und Enddarmspiegelungen, Manometrie des Anassphincters, Defäkographie bei Stuhlinkontinenz oder Entleerungsstörungen
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	Ultraschall- und Labordiagnostik Diagnostische/ therapeutische Laparoskopie (z. B. Zysten-ausschälung, Myomenukleation, Destruktion von Endometrioseherden) Curettagen Diagnostische/ therapeutische Hysteroskopien Mikrochirurgie zur Sterilitätsbehandlung Chromopertubation
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	Ultraschall- und Labordiagnostik inkl. Mikrobiologie Diagnostische Laparoskopie Zytologie Medikamentöse Therapie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	bildgebende Diagnostik, Ultraschall, CT, MRT, PET-CT, Röntgen, Behandlung bösartiger und gutartiger Tumoren, chirurgische Therapie: laparoskopisch oder per laparotomiam, Embolisation der Arteria uterina bei Uterus myomatosus, medikamentöse Therapie benignen und malignen Tumoren
VG07	Inkontinenzchirurgie	TVT-O Anlagen, Suburotheliale Botoxinjektion, Paraurthrale Bulkamid TM -Injektion, operative Therapie des Beckenbodens

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin	Kommentar
VG06	Gynäkologische Chirurgie	Hysterektomie, laparoskopisch assistiert vaginal, total laparoskopisch, suprazervikal, abdominal, Adnexektomie, Salpingotomie, Konisation (Schlingen-), Laservaporisation, Fraktionierte Abrasio/ Hysteroresektoskopie, Sanierung bei Extrauterin graviditäten, wiederherstellende Chirurgie
VG05	Endoskopische Operationen	Organ- und funktionserhaltende Tumoroperationen, Besonderheit: minimalinvasive Tumoroperationen, pelvine und paraaortale Lymphonodektomien mit Sentinel-Konzept, Endometriose höchster Schwierigkeitsgrade, gebärmuttererhaltende Myomentfernungen, Einlage von Netzen bei Beckenbodenschwäche
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	Rekonstruktion nach Mastektomie oder Brustteilentfernung, Behandlung nach Unfallverletzungen, gesamte Angebot der kosmetischen Mammachirurgie incl. Implantateinlage und Lappenplastiken
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	Behandlung von Fehlbildungen der Mamma, Hyperplasie- und Hypoplasieoperationen der Mamma, Gynäkomastie des Mannes, Narbenkorrekturen u. ä.
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	Duktoskopie der Mamma Mamma-DE mit und ohne Drahtmarkierung
VG15	Spezialsprechstunde	Dysplasiesprechstunde Mammaspreekstunde (Interdisziplinäres Brustzentrum) Urogynäkologische Sprechstunde (Beckenbodenzentrum) Allgemeine Gynäkologie (Poliklinik) Endometriosesprechstunde MIC-Sprechstunde Kinderwunschsprechstunde Endokrinologie Kindergynäkologie Myomsprechstunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin	Kommentar
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	defektorientierte Descensuskorrektur mit oder ohne Organerhalt: vordere und hintere Kolporrhaphie, apikale Fixation wie sakrospinal nach Amreich-Richter, laparoskopische Sakropexie mittels Netz oder vaginale Sakropexie (Kolporektosakropexie); vaginale Netzeinlagen bei Rezidiv-Descensus

B-8.5 Fallzahlen Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Fortpflanzungsmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1510
Teilstationäre Fallzahl	102

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C50	191	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
2	N80	187	Endometriose
3	D25	141	Leiomyom des Uterus
4	N83	74	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
5	C53	60	Bösartige Neubildung der Cervix uteri
6	C56	60	Bösartige Neubildung des Ovars
7	D39	58	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der weiblichen Genitalorgane
8	N39	51	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
9	N81	50	Genitalprolaps bei der Frau
10	D48	45	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
D05	24	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]
C54	34	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
N97	39	Sterilität der Frau
R10	12	Bauch- und Beckenschmerzen
N92	21	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation
N93	< 4	Sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung
D06	5	Carcinoma in situ der Cervix uteri
Q51	5	Angeborene Fehlbildungen des Uterus und der Cervix uteri

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
D24	15	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
N82	< 4	Fisteln mit Beteiligung des weiblichen Genitaltraktes

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-469	418	Andere Operationen am Darm
2	5-569	302	Andere Operationen am Ureter
3	5-543	287	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe
4	5-651	205	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
5	5-681	181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
6	5-881	179	Inzision der Mamma
7	5-870	178	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
8	1-672	174	Diagnostische Hysteroskopie
9	5-401	174	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
10	8-542	151	Nicht komplexe Chemotherapie

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-683	128	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
5-704	114	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
5-702	109	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
5-98c	90	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
5-541	72	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
5-885	68	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation
5-484	56	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung
5-687	37	Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens
5-407	28	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation
5-706	11	Andere plastische Rekonstruktion der Vagina

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Frauenheilkunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Ambulante OP; Krebsvorsorge (Zyto/ HPV/ Kolposkopie/ Tastuntersuchungen) Mammasonographie weitere Abrechnungsarten: AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)

Ambulanz Frauenheilkunde	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

Dysplasiesprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	ambulante Ops Dysplasien (CIN, VIN, VAIN) und Krebs, chron. Infektionen d. Genitalien, Lichen Behandlung von HPV Impfung gegen HPV weitere Abrechnungsarten: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33]
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Urogynäkologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik: US, Blasen- u. Enddarmspieggl., Urodynam. Messung, Manometrie d. Analsphincters, Defäkographie Elektrostimulation u. Biofeedback weitere Abrechnungsarten: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen § 115a SGB V AM17 amb. spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V [LK29, LK33, LK36]
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)
Angebotene Leistung	Urogynäkologie (VG16)

Nachgehende Fürsorge	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	amb. OPs Tumornachsorge (Brust und Genitale) gem. den Richtlinien Gynäkologische Untersuchungen Tumormarkerbestimmungen CT, MRT, MG, PET weitere Abrechnungsarten: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen § 115a SGB V AM17 amb. spezialfachärztl. Versorgung § 116b SGB V [LK29, LK33]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Endometriosesprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Therapie bei endometriosetypischen Beschwerden wie Menstruationsstörungen und Sterilität weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Endoskopische Operationen (VG05)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Mammaspfachstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Ambulantes Operieren Diagnostik und Therapieplanung von gut- und bösartigen Erkrankungen der Brust weitere Abrechnungsarten: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM14 Ambulanz im Rahmen von DMP AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
Angebotene Leistung	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie (VG04)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Sterilitätssprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Kinderwunsch, hormonelle Störungen, Geschlechtsumwandlungen, Follikulometrie für VZO, IUI, IVF, ICSI Spermiogramme Eileiterfunktion FertiPROTEKT Ovarschutz weitere Abrechnungsarten: AM11 vor-/ nachstat. Leistungen §115a SGB V AM17 amb. spezialfachärztl. Vers. §116b SGB V [LK29, LK33, LK34]
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Endoskopiesprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Endoskopiesprechstunde	
Kommentar	Informationssprechstunde zu endoskopischen operativen Möglichkeiten weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33]
Angebotene Leistung	Endoskopische Operationen (VG05)

Kindergynäkologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik/ Therapie bei hormonellen Störungen/ Fehlbildungen der Genitale Informationen zu operativen Möglichkeiten weitere Abrechnungsarten: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

Myomsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Myomembolisation der Arteria uterina (in Kooperation mit dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie) weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33]
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VG15)

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-472	255	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri
2	1-672	77	Diagnostische Hysteroskopie
3	5-671	65	Konisation der Cervix uteri
4	5-690	59	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
5	1-471	57	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
6	5-751	29	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]
7	1-661	18	Diagnostische Urethrozystoskopie
8	1-694	11	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
9	5-399	10	Andere Operationen an Blutgefäßen
10	5-903	7	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
11	5-711	6	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
12	5-870	5	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
13	5-097	4	Blepharoplastik
14	5-653	4	Salpingoovariektomie
15	5-091	< 4	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
16	5-273	< 4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle
17	5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
18	5-469	< 4	Andere Operationen am Darm
19	5-640	< 4	Operationen am Präputium
20	5-651	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
21	5-657	< 4	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
22	5-681	< 4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
23	5-691	< 4	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers
24	5-702	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 18,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,23	
Ambulant	2,99	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 99,14642

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,41	
Ambulant	1,77	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 160,46759

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF33	Plastische Operationen

B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 18,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,96	
Ambulant	5,58	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 116,51235

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2396,8254

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,86

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,86	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1755,81395

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,78

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1935,89744

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 50333,33333

Hebammen und Entbindungspfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4870,96774

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,1	
Ambulant	0,9	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 719,04762

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP16	Wundmanagement	z.B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
ZP23	Breast Care Nurse	

B-9 Klinik für Geriatrie

B-9.1 Allgemeine Angaben Klinik für Geriatrie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Geriatrie
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anja Kwetkat
Telefon	03641/9-328701
Fax	03641/9-328702
E-Mail	anja.kwetkat@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Bachstraße 18
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/geriatrie/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- "Qualitätssiegel Geriatrie Add On"
- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Teilnahme an freiwilliger externer Qualitätssicherung über Gemidas Pro (Bundesverband Geriatrie)
- Mitarbeit im Endoprothetikzentrum des Universitätsklinikums
- 2x wöchentliche interdisziplinäre Visiten mit den Unfallchirurgen zur Verbesserung der Versorgung alterstraumatologischer Patienten
- bei Bedarf: Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumorCentrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geriatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geriatrie	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI40	Schmerztherapie	
VI39	Physikalische Therapie	
VI38	Palliativmedizin	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z.B. Diabetes, Schilddrüse
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI00	Geriatrische Frührehabilitation	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Demenzdiagnostik bei multimorbiden Patienten
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	FEES Logopädie

B-9.5 Fallzahlen Klinik für Geriatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	721
Teilstationäre Fallzahl	173

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	89	Herzinsuffizienz
2	M96	39	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
3	J18	35	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
4	S72	32	Fraktur des Femurs

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5	F05	24	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
6	I21	23	Akuter Myokardinfarkt
7	E11	18	Diabetes mellitus, Typ 2
8	M62	18	Sonstige Muskelkrankheiten
9	I35	17	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
10	N39	17	Sonstige Krankheiten des Harnsystems

B-9.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
S32	17	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
N17	15	Akutes Nierenversagen
E87	13	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
J44	13	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
G30	11	Alzheimer-Krankheit
F32	6	Depressive Episode
R55	5	Synkope und Kollaps

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	686	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
2	9-984	419	Pflegebedürftigkeit
3	8-800	32	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
4	9-200	16	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
5	8-810	15	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
6	1-613	8	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop
7	8-191	6	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
8	6-007	4	Applikation von Medikamenten, Liste 7
9	1-901	< 4	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik
10	5-900	< 4	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut

B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Geriatrie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Ambulanz Geriatrie	
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)
Angeborene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angeborene Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angeborene Leistung	Geriatrische Tagesklinik (VI44)
Angeborene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angeborene Leistung	Physikalische Therapie (VI39)
Angeborene Leistung	Schmerztherapie (VI40)

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,94	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 65,90494

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
------------------------	--------------------------	------------------

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 192,26667

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsbefugnis

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF09	Geriatric	Weiterbildungsbefugnis
ZF30	Palliativmedizin	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	

B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 16,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 44,69932

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 116,85575

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 302,94118

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z. B. Diabetesberatung
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatric	z. B. Zercur und Aufbaukurs (180 Std.)
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP18	Dekubitusmanagement	teilweise über Schulung Expertenstandard, keine Qualifikation
ZP19	Sturzmanagement	teilweise über Schulung Expertenstandard, keine Qualifikation
ZP20	Palliative Care	

B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Dem Team steht eine Psychologin mit Approbation als psychologische Psychotherapeutin zur Seite.

B-10 Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

B-10.1 Allgemeine Angaben Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Orlando Guntinas-Lichius
Telefon	03641/9-329301
Fax	03641/9-329302
E-Mail	Karina.Liebsch@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/hno/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Leitlinien innerhalb der Klinik
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz innerhalb der Klinik, bei Bedarf mit Institut für Pathologie
- zertifiziertes Kopf-Hals-Tumorzentrum und Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- QS-Initiativen: wöchentliche Fortbildung, tägliche Auswertung OP, Radiologievisite
- Fallbesprechung im Rahmen Fehlermanagement
- Mitglied des Zentrums für angeborene und erworbene Fehlbildungen
- Mitglied der AG Speicheldrüsen, der AG Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Kopf-Hals-Chirurgie, der AG Begutachtung, der AG Olfaktologie/ Gustologie, der AG Schlafmedizin, der AG Pädiatrische HNO der deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie
- Mitaufnahme von Angehörigen (Z76 - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen - als häufigste Hauptdiagnose: 319 Mal)

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Kommentar
VC14	Speiseröhrenchirurgie	Starre Ösophagoskopie, Fremdkörperentfernung, endorale laserchirurgische Schwelendurchtrennung bei Zenkerischem Divertikel
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	Pädaudiologische Diagnostik
VK25	Neugeborenencreening	Neugeborenencreening mittels OAE-Ableitung zur Diagnostik von Schwerhörigkeiten
VH00	Tagesklinik Tinnitus	5-tägige interdisziplinäre tagestationäre Therapie von Patienten mit chronischem, dekompensiertem Tinnitus
VH00	Neurofeedback-gestützte Fazialis-Parese-Therapie	zweiwöchige stationäre interdisziplinäre Therapie von Patienten mit Fazialisparese
VH00	Diagnostik schlafbezogener Atemstörungen (ambulante Messung, stationäre Polysomnografie), operative Therapie bei OSAS (Erwachsene und Kinder), operative Therapie des Schnarchens	
VH23	Spezialsprechstunde	Akupunktur, Allergie, EMG und Botulinumtoxin, funktionell-ästhetische Chirurgie, Otoneurologie, schlafbezogene Atemstörungen, Onkologie, Hauttumoren
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	Korrektur aller Fehlbildungsgrade der Ohrmuschel, Gehörgangsrekonstruktionen
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	Knöchernerne Rekonstruktion mittels 3D-Implantaten patientenspezifisch, Weichteilrekonstruktionen durch Lappenplastiken
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	Wöchentliche onkologische Fachsprechstunde
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	Interdisziplinäre Therapie der Glomustumoren (präoperative Embolisation, Entfernung unter Neuromonitoring)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Kommentar
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	Laserchirurgische, mikroskopische Tumorchirurgie, Rekonstruktionen mit Lappenplastiken (lokal, gestielt, mikrovasculär anastomosiert), Rekonstruktion mittels Epithesen; Palliative Chemotherapie (Eribitux, Elektrochemotherapie)
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	Behandlung von Trachealstenosen (Stents, End-zu-End-Anastomose), starre Tracheobronchoskopie zur Diagnostik und Therapie (Fremdkörperentfernung, Koagulation, Biopsie)
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	Therapie der spasmodischen Dysphonie mit Botulinumtoxin, Stimmverbessernde Operationen, JET-Ventilation
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	Sialendoskopie (Endoskopie der Speicheldrüsendgänge und Therapie von Veränderungen), mikrochirurgische Operation der Kopfspeicheldrüsen unter Facialismonitoring, Therapie des Freyschen Syndroms mit Botulinumtoxin
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	Plastische Nasenkorrektur, Rekonstruktion mit Rippenknorpel, operative Therapie der Spaltnasen, plastische Rekonstruktion der Weichteile durch Lappenplastiken Narbenkorrekturen, Faltentherapie mit Botulinumtoxin, Blepharoplastik
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	Endonasale Tränenwegs-chirurgie
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	Interdisziplinäre Diagnostik, Navigationsgesteuerte, videoendoskopische, endonasale Operationstechnik
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	Navigationsgesteuerte, videoendoskopische, endonasale Nasennebenhöhlenchirurgie
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	Diagnostik und Therapie des Morbus Osler und der zystischen Fibrose ASS-Desaktivierung bei rezidivierender Polyposis nasi

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Kommentar
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	Interdisziplinäre Diagnostik, qualifiziertes Schwindeltraining
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	Korrektur aller Fehlbildungsgrade der Ohrmuschel
VH05	Cochlearimplantation	Behandlung von hochgradigen Schwerhörigkeiten oder Ertaubungen mittels einer Innenohrprothese
VH04	Mittelohrchirurgie	hörverbessernde Operationen, OP der Otosklerose, implantierbare Hörgeräte
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	Diagnostik und Therapie des Morbus Meniere, zentrales Hörtraining
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	Sanierende Operationen bei Cholesteatom, operative Therapie bei Glomustumoren
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	Tumorsektionen mit plastischer Rekonstruktion der Ohrmuschel, Fehlbildungschirurgie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	Allergiediagnostik und -therapie der allergischen Rhinokonjunktivitis (Immuntherapie - Langzeit, Kurzzeit, Sublingual, Graspille)
VR02	Native Sonographie	
VR04	Duplexsonographie	

B-10.5 Fallzahlen Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2619
Teilstationäre Fallzahl	868

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J35	257	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
2	R04	192	Blutung aus den Atemwegen
3	H91	155	Sonstiger Hörverlust
4	H81	128	Störungen der Vestibularfunktion
5	J32	100	Chronische Sinusitis
6	J36	77	Peritonsillarabszess
7	J34	75	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen
8	G47	73	Schlafstörungen

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	C44	65	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
10	S02	59	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen

B-10.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
K11	58	Krankheiten der Speicheldrüsen
G51	52	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]
C13	40	Bösartige Neubildung des Hypopharynx
C10	39	Bösartige Neubildung des Oropharynx
C32	39	Bösartige Neubildung des Larynx
C07	23	Bösartige Neubildung der Parotis

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-242	1377	Audiometrie
2	1-901	487	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik
3	1-20a	347	Andere neurophysiologische Untersuchungen
4	1-247	306	Olfaktometrie und Gustometrie
5	5-200	298	Parazentese [Myringotomie]
6	1-611	282	Diagnostische Pharyngoskopie
7	1-630	278	Diagnostische Ösophagoskopie
8	9-984	217	Pflegebedürftigkeit
9	1-790	213	Polysomnographie
10	5-285	205	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)

B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-224	113	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
5-210	103	Operative Behandlung einer Nasenblutung
5-262	103	Resektion einer Speicheldrüse
5-214	78	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
5-218	50	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]
5-316	36	Rekonstruktion der Trachea

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Phoniatrie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: HHM - AM16 Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V Ambulanz Phoniatrie - AM10 Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Ambulanz Phoniatrie	
Angeborene Leistung	Cochlearimplantation (VH05)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres (VH03)
Angeborene Leistung	Neugeborenencreening (VK25)

Ambulanz Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten: AM07 Privatambulanz AM09 D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM16 Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK34, LK35]
Angeborene Leistung	Cochlearimplantation (VH05)
Angeborene Leistung	Diagnostik schlafbezogener Atemstörungen (ambulante Messung, stationäre Polysomnografie), operative Therapie bei OSAS (Erwachsene und Kinder), operative Therapie des Schnarchens (VH00)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres (VH03)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
Angeborene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angeborene Leistung	Endokrine Chirurgie (VC21)
Angeborene Leistung	Interdisziplinäre Tumornachsorge (VH20)
Angeborene Leistung	Mittelohrchirurgie (VH04)
Angeborene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angeborene Leistung	Neugeborenencreening (VK25)

Ambulanz Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	
Angebote Leistung	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
Angebote Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Angebote Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
Angebote Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)
Angebote Leistung	Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)
Angebote Leistung	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)
Angebote Leistung	Speiseröhrenchirurgie (VC14)
Angebote Leistung	Spezialsprechstunde (VH23)
Angebote Leistung	Transnasaler Verschluss von Liquoristeln (VH11)

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-200	124	Parazentese [Myringotomie]
2	5-285	82	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
3	5-215	20	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
4	5-184	9	Plastische Korrektur absteigender Ohren
5	5-216	8	Reposition einer Nasenfraktur
6	5-250	4	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge
7	1-502	< 4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
8	5-093	< 4	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium
9	5-097	< 4	Blepharoplastik
10	5-194	< 4	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]
11	5-260	< 4	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges
12	5-273	< 4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,86	
Ambulant	2,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,01	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 203,65474

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,68

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,81	
Ambulant	0,87	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,68	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 450,77453

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF33	Plastische Operationen

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 18,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,37	
Ambulant	3,28	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 170,43928

Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,83	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 925,4417

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 21825

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2645,45455

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,15	
Ambulant	0,89	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1218,13953

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP20	Palliative Care

B-11 Klinik für Hautkrankheiten

B-11.1 Allgemeine Angaben Klinik für Hautkrankheiten

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Hautkrankheiten
Fachabteilungsschlüssel	3400
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Peter Elsner
Telefon	03641/9-328800

Chefärztin oder Chefarzt	
Fax	03641/9-328805
E-Mail	info@derma-jena.de
Straße/ Nr.	Erfurter Straße 35
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/derma/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Teilnahme als Fachexperten in externen Audits anderer Kliniken
- zertifiziertes Hauttumorzentrum und Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>; bei Bedarf interdisziplinäre Tumorkonsile
- Durchführung klinischer Studien auf dem Gebiet der allgemeinen Dermatologie, insbesondere aber auch der Dermatoonkologie, der Erforschung chronischer Wunden, der Allergologie und der Hautphysiologie nach ICH-GCP-Guidelines sowie gemäß den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) und der GCP-Verordnung; 4 Schwestern oder MTAs mit Zusatzausbildung zur geprüften Studienassistentin
- routinemäßige Audits durch die zuständige Aufsichtsbehörde, das Thüringer Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz
- seit 2004 zusätzliche Etablierung des Skin Study Center
- elektronisches Fehler- und Mängelmanagement mit direkter Dokumentation, zeitnaher Information und Behebung
- direkte Mitarbeit an der Erarbeitung der aktuellen Leitlinie "Management von Handekzemen" sowie "Topische Dermatotherapie mit Glukokortikoiden - Therapeutischer Index"
- leitende Mitwirkung in Fachgesellschaften durch Vertreter der Klinik in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), im Berufsverband Deutscher Dermatologen, in der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), in der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD), in der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft (DMyKG e. V.), in der AG Dermatologische Histologie (ADH), in der AG Dermatologische Forschung (ADF), in der AG Dermatologische Onkologie (ADO), in der Sektion Photodermatologie der Deutschen Gesellschaft für Photobiologie, in der Deutsch-Bulgarischen Dermatologischen Gesellschaft und in der Gesellschaft für Tropendermatologie
- tägliche Besprechung der aktuellen Fälle/ Patienten mit allen ärztlichen Mitarbeitern
- Fortbildungen in Versorgungsschwerpunkten entsprechend § 4 Berufsordnung der LÄK Thüringen

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hautkrankheiten

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hautkrankheiten	Kommentar
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	insbesondere Diagnostik bei v. a. Arzneimittelallergie (einschließlich Expositionstestung); Diagnostik und Therapie Bienen- und Wespengiftallergie sowie anderer Insektengiftallergien

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hautkrankheiten	Kommentar
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD15	Dermatohistologie	
VD14	Andrologie	
VD13	Ästhetische Dermatologie	Peeling, Dermabrasio, Laser
VD12	Dermatochirurgie	insbesondere Tumor- und Wundchirurgie, Narbenkorrektur, Liposuction, Laser, Schweißdrüsenkürettage, Phlebochirurgie
VD11	Spezialsprechstunde	Allergologie, Andrologie, Berufsdermatologie, Autoimmunkrankheiten, Dermatoonkologie, OP-Sprechstunde, Wundambulanz
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	insbesondere Diagnostik und Therapie von Haarerkrankungen, Hyperhidrose (u. a. Schweißdrüsenkürettage, Botox)
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	insbesondere mittels UV-Strahlen
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	insbesondere Psoriasis mit ganzheitlicher Betrachtung des Krankheitsbildes inklusiv der Gelenkveränderungen (Etablierung der Arthrosonographie), pruriginösen Ekzems und Prurituskrankungen inklusiv ganzheitlicher Betrachtung dieses Erkrankungsbildes mit Einbindung psychologischer Aspekte
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	sämtliche blasenbildende Erkrankungen s. a. VD02, schwere epidermolytische bzw. bullöse Arzneimittelreaktionen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	einschließlich venerologischer Erkrankungen; (z. B. Mykosen, Parasitosen, bakterielle Infektionen)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Hautkrankheiten	Kommentar
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	insbesondere Diagnostik, Therapie, operative Versorgung und Nachsorge von sämtlichen malignen Neoplasien der Haut (Basaliom, Spinaliom, Malignes Melanom) im dermatoonkologischen Team
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	insbesondere Kollagenosen (wie Sklerodermie, Lupus erythematosus, Dermatomyositis, Mischkollagenosen u. a.), autoimmun-blasenbildenden Erkrankungen (wie Pemphigus vulgaris, bullöses Pemphigoid u. a.), autoimmunen Vaskulitiden und Graft-versus-host Erkrankung der Haut
VD00	Diagnostik und Therapie von gefäßbedingten Krankheiten der Haut und Unterhaut	insbesondere Ulcera crurum verschiedenster Genese sowie von Hämangiomen
VD00	Diagnostik und Therapie von Fortpflanzungsfunktionen des Mannes und deren Störungen - Andrologie	inklusive Kryokonservierung von Spermien i. R. der Fertilitätsvorsorge vor Chemo-/ Strahlentherapie

B-11.5 Fallzahlen Klinik für Hautkrankheiten

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1768
Teilstationäre Fallzahl	660

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C44	190	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
2	L40	107	Psoriasis
3	C43	106	Bösartiges Melanom der Haut
4	C84	103	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
5	T86	93	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben
6	B02	85	Zoster [Herpes zoster]
7	A46	73	Erysipel [Wundrose]
8	M34	65	Systemische Sklerose
9	L20	63	Atopisches [endogenes] Ekzem
10	B86	60	Skabies

B-11.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
L97	42	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
L50	32	Urtikaria
L12	30	Pemphigoidkrankheiten
L43	16	Lichen ruber planus
L10	12	Pemphiguskrankheiten
L25	9	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-560	12615	Lichttherapie
2	8-824	537	Photopherese
3	5-894	433	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
4	5-895	353	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5	5-903	263	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
6	1-700	169	Spezifische allergologische Provokationstestung
7	8-030	85	Spezifische allergologische Immuntherapie
8	5-896	79	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
9	5-916	58	Temporäre Weichteildeckung
10	8-191	48	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen

B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-401	40	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
5-902	28	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allergologie Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Testung bei Allergien gegen Medikamente, Kosmetika, Pollen, Insektengifte und Latex Behandlung von Urticaria und Angioödem
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten (VD06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen (VD07)

Ambulanz Hautkrankheiten	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Ambulanz Hautkrankheiten	
Kommentar	Diagnostik/ Behandlung aller Hautkrankheiten/ Allergien Therapieempfehlungen für amb. Weiterbehandlung ggf. Einweisung zur teil-/vollstat. Behandlung Konsilsprechstunde weitere Abrechnungsarten: AM11 vor-/ nachstat. Leistungen §115a SGB V AM17 amb. spezialfachärztl. Vers. §116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assozierten Erkrankungen (VD02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen (VD05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung (VD08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten (VD06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen (VD07)

Andrologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Therapie von unerfülltem Kinderwunsch Hormonmangelzuständen Fertilitätsvorsorge vor Chemo-/ Strahlentherapie
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von unerfülltem Kinderwunsch (VD00)

Berufsdermatologische Sprechstunde	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Kommentar	Diagnostik, Therapie und Beratung zu Vorbeuge- und Schutzmaßnahmen bei hautgefährdenden Berufen
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung (VD08)

Bestrahlungsabteilung	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut durch Strahleneinwirkung insbesondere mittels UV-Strahlen weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)

Bestrahlungsabteilung	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen (VD02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung (VD08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten (VD06)

Dermatologisch-rheumatologische Gemeinschaftssprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Therapie von Krankheiten aus dem Formenkreis der Autoimmunerkrankung mit fachübergreifendem Schwerpunkt der Rheumatologie und Physiotherapie weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen (VD02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen (VD05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten (VD06)

Kollagenosen/ Autoimmunerkrankungen	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen insbesondere Kollagenosen weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen (VD02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen (VD05)

Labor	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Labordiagnostik im Rahmen aller oben angegebener Versorgungsschwerpunkte Dermatohistologisches Labor Mykologisches Labor Allergologisches Labor Andrologisches Labor
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)

Labor	
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen (VD02)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen (VD05)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten (VD06)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen (VD07)

Laserbehandlung	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Laserbehandlung im Rahmen ästhetischen Dermatochirurgie
Angebote Leistung	Ästhetische Dermatologie (VD13)
Angebote Leistung	Dermatochirurgie (VD12)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)

Onkologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik u. Therapie v. Patienten mit Melanoma in situ, den versch. Stadien des malignen Melanoms sowie d. Plattenepithelkarzinoms u. des Basalzellkarzinoms u. seltener maligner Tumore d. Haut weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)

OP-Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Farbduplex, insbesondere Doppler Labortechnische diagnostische Verfahren Therapie von Varikosis, Beinvenenthrombose, Beingeschwüren, arteriellen Durchblutungsstörungen weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebote Leistung	Dermatochirurgie (VD12)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)

Phlebologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Phlebologische Sprechstunde	
Kommentar	Farbduplex, insbesondere Doppler Labortechnische diagnostische Verfahren Therapie von Varikosis, Beinvenenthrombose, Beingeschwüren, arteriellen Durchblutungsstörungen
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)

Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Umfassende krankheitsspezifische Leistungen: Versorgung von Patienten aus der gesamten Dermatologie und deren Teilgebiete inklusive der ästhetischen Dermatologie und Dermatochirurgie
Angebotene Leistung	Ästhetische Dermatologie (VD13)
Angebotene Leistung	Dermatochirurgie (VD12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen (VD02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen (VD05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung (VD08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten (VD06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen (VD07)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VD11)

Wundambulanz	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Therapie von gefäßbedingten Krankheiten der Haut und Unterhaut insbesondere Ulcera crurum verschiedenster Genese weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-091	< 4	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
2	5-250	< 4	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge
3	5-902	< 4	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle
4	5-903	< 4	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-11.11 Personelle Ausstattung**B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,97	
Ambulant	3,63	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 136,31457

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,26	
Ambulant	1,75	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,01	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 282,42812

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF06	Dermatohistologie
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie

B-11.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 22,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19	
Ambulant	3,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 93,05263

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1349,61832

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 369,1023

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2357,33333

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,39	
Ambulant	0,36	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4533,33333

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	teilweise über Schulung Expertenstandard, keine Qualifikation
ZP20	Palliative Care	

B-12 Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care

B-12.1 Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care
Fachabteilungsschlüssel	0103
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. P. Christian Schulze
Telefon	03641/9-324101
Fax	03641/9-324102
E-Mail	Christian.Schulze@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kim1/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
 - Herzschrittmacher-Implantation
 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
 - Herzschrittmacher-Revision/ Systemwechsel/ Explantation
 - implantierbarer Defibrillator-/ biventrikuläre Systeme-Implantation
 - implantierbarer Defibrillator-/ biventrikuläre Systeme-Aggregatwechsel

- implantierbarer Defibrillator-/ biventrikuläre Systeme-Revision/ Systemwechsel/ Explantation
- Koronarangiografie und perkutane Koronarintervention
- ambulant erworbene Pneumonie
- Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin - ein Projekt der LÄK Thüringen: <https://www.laek-thueringen.de/>
- Teilnahme am multizentrischen Register FITT-STEMI zur Qualitätsverbesserung in der Herzinfarkttherapie sowie
- Etablierung überregionales Qualitätssicherungsprogramm „Thüringer Herzinfarktregister“; Auswertung und Besprechung der klinikeigenen Mortalitäts- und Zeitindikatoren bei ST-Hebungsinfarkt 2x/Jahr kliniksintern sowie mit den Notärzten
- zertifizierte chest pain unit (DGK)
- QIMS: Qualitätssicherung bei perkutan implantierbaren Herzklappen (TAVI)
- Teilnahme am Deutschen Aortenklappen (TAVI)-Register i. R. implantierbarer perkutaner Herzklappen
- zertifiziertes TAVI-Zentrum (DGK), Teilnahme am EuroCTO Club
- Zertifizierte Ausbildungsstätte für Interventionelle Kardiologie gemäß DGK
- Zertifizierte Ausbildungsstätte für spezielle Rhythmologie (aktive Herzrhythmusimplantate und invasive Elektrophysiologie) gemäß DGK
- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- Partner im Universitäts-Herzzentrum Thüringen
- wöchentliche interdisziplinäre Herzkonferenz gemeinsam mit der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, Etablierung eines interdisziplinären Herzkloppenteams
- Etablierung von neuen diagnostischen Verfahren für die nichtinvasive kardiale Bildgebung und Therapieplanung mittels CT und MRT, gemeinsame Bildgebungskonferenz 1x/Woche
- Überregionales Kompetenzzentrum Herzinsuffizienz, zertifizierte heart failure unit (DGK), wöchentliche interdisziplinäre Herzinsuffizienzkonferenzen, Mitglied des Transplantationszentrums
- Partner im Kompetenzteam Endokarditis im Rahmen des Universitäts-Herzzentrums
- Partner im Heart - Brain - Kompetenzteam
- zertifizierte Lipidambulanz (DGFF), Kompetenzzentrum „Lipidnetzwerk Thüringen“
- regelmäßige klinikinterne Morbiditäts-/ Mortalitätskonferenzen
- zusätzliche Auswertung einer klinikinternen Komplikationsstatistik 1x/Quartal
- aktive Nutzung des CIRS
- tägliche klinikeigene Fortbildung für Ärzte, klinikeigenes Fort- und Weiterbildungsprogramm für mittleres medizinisches Personal/ Assistenzpersonal
- klinikeigen angebotene intensivmedizinische Fortbildung für alle Ärzte der internistischen, anästhesiologischen und (herz)chirurgischen Kliniken 1 x/ Monat
- Ausrichtung einer regionalen, klinikübergreifenden intensivmedizinische Fortbildung 1 x/ Jahr
- Behandlung nach nationalen und internationalen Leitlinien, Erstellung von klinikeigenen Arbeits- und Verfahrensanweisungen
- Mitarbeit in Leitliniengremien:
 - Arbeitsgruppe „Zusatzbezeichnung Herzinsuffizienz“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
 - Gutachter in der Zertifizierungskommission „Heart Failure Units“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
 - Wissenschaftlicher Beirat der Deutschen Herzstiftung
 - Nucleus der Arbeitsgruppe „Psychosoziale Kardiologie“ der der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
 - Weiterbildungsausschuss der Ärztekammer Thüringen, Advisory Board, Eurotransplant

- "Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Asthma bronchiale" Deutsche Atemwegsliga und Deutsche Gesellschaft für Pneumologie, „Deutsche Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der idiopathisch-pulmonalen Fibrose“ Deutsche Atemwegsliga und Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
- Mitarbeit im Vorstand der Deutschen Transplantationsgesellschaft
- Mitarbeit in der Lebendspendekommission der LÄK Thüringen
- Jenaer Herzgespräche: 3 x/ Jahr
- Interventionalisten-Stammtisch 3 x/ Jahr
- jährliche Mitausrichtung des nationalen Kongresses "Herzaktion Weimar" in Zusammenarbeit mit dem Bund niedergelassener Kardiologen
- Partner im zertifizierten Gefäßzentrum
- 14-tägig: Gefäßkonferenz, gemeinsam mit den Kliniken für Allgemeine, Viszerale und Gefäßchirurgie, sowie für Neurologie und dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
- Teilnahme am regelmäßigen interdisziplinären thoraxchirurgischen Tumorboard (Pneumologie)
- Lungenzentrum (Pneumologie, Thoraxchirurgie, Onkologie) im Aufbau
- regelmäßige Durchführung der Mitarbeitergespräche

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Herzkatheter, PCI 24h Herzinfarktakkuttherapie Invasive Bestimmung d. FFR/iFR zur Evaluation von Stenosen Intravaskulärer Ultraschall und optical coherence tomography Therapie chronischer Gefäßverschlüsse Hochrisiko-PCI unter Schutz mit interventionell implantierbarer Herzpumpe (Impella)
VI00	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Herzfehlern	Mitral- u. Aortenklappenvalvuloplastie Verschluss von Vorhofseptumdefekten und persistierenden Foramen ovale perkutaner Aortenklappenersatz minimalinvasiver Mitra- bzw. Tricuspidalclip bei Mitral-/ Tricuspidalinsuffizienz Sprechstunde vor und nach interventionellem Klappenersatz/ Clipping

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care	Kommentar
VI27	Spezialsprechstunde	für Herzerkrankungen, Herzinsuffizienz, Pulmonale Hypertonie, Herzklappenerkrankungen Spezialrhythmusprechst., Sprechst. f. Herzschrittmacher, Defibrillatoren u. Kardiale Resynchronisationstherapie Angiologie(Gefäßzentrum) Lipidambulanz Immunologie/Allergologie, Pneumologie Psychokardiologie
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	Psychokardiologische Einzelgespräche und Gruppentherapie psychologische Mitbetreuung stationärer Patienten und ggf. Angehöriger (einschl. intensivpflichtiger Patienten)
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Einschließlich Rechtsherzkatheter mit Bestimmung des pulmonalen Widerstandes, medikamentöser Testung und Therapieeinstellung Spezialsprechstunde für Patienten mit pulmonalem Hochdruck, Therapie akuter Lungenembolie mit lokaler ultraschallgestützter Lysetherapie (E-KOS-System)
VI00	Diagnostik und Therapie von bradykarden Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen	einschließlich Schrittmachertherapie (auch biventrikuläre) Implantation kabelloser Schrittmacher, interventionelle Exaktion von Schrittmacherelektroden
VI00	Diagnostik und Therapie von tachykarden supraventrikulären und ventrikulären Herzrhythmusstörungen	elektrophysiolog. Untersuchung, Ablation supraventrikulärer und ventrikulärer Tachykardien, Vorhofflattern/ -flimmern modernste Mappingsysteme, Defibrilatortherapie einschließlich subcutane Defibrillatoren Implantation von Vorhofoccludern bei Blutungskomplikationen unter Antikoagulation
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	einschließlich Myokardbiopsie, Perikardpunktionen
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arterien und Kapillaren	Duplexsonographie und Funktionsmessungen, perkutane transluminale Angioplastie (PTA) der peripheren Gefäße, der Nierenarterien Thrombinverschluss von Aneurysmata der peripheren Gefäße

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care	Kommentar
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	einschließlich Thrombose und Lungenembolie, Therapie akuter Lungenembolie mit lokaler ultraschallgestützter Lysetherapie (EKOS-System)
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	einschließlich 24 Std. Bronchoskopiedienst onkologische Therapie von Tumoren; Mitarbeit im Tumorboard nichtinvasive Beatmung (NIV-Therapie) Titration und Einstellung O2-Langzeittherapie
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Brustfellerkrankungen einschließlich Ultraschalluntersuchungen, Punktion und Biopsie des Brustfells
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	einschließlich Desensibilisierungsbehandlung
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	insbesondere der Lunge
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs
VI20	Intensivmedizin	<ul style="list-style-type: none"> - Herzunterstützungssysteme: Interventionell implantierbare Herzpumpe (Impella), temporäre Herz-Lungen-Maschine (ECMO) - Ultraschallunterstützte Thrombolyse mit EKOS-System bei Lungenembolie - therapeutische Hypothermie - Akutdialyse - Beatmung - Diagnostik und Therapie der Sepsis
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Behandlung schwerer Herzinsuffizienz vor Transplantation/Unterstützungssystem im Herz-zentrum Koronarangiografische Nachkontrolle nach Herztransplantation mittels intravaskulärem Ultraschall
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	intensivmedizinische Diagnostik und Therapie

B-12.5 Fallzahlen Klinik für Innere Medizin I - Kardiologie, Angiologie, Pneumologie/ Allergologie, Internistische Intensivmedizin, Intermediate care

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5819
Teilstationäre Fallzahl	14

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	687	Herzinsuffizienz
2	I25	650	Chronische ischämische Herzkrankheit
3	I48	638	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
4	I21	424	Akuter Myokardinfarkt
5	I20	421	Angina pectoris
6	I70	302	Atherosklerose
7	I35	277	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
8	J44	213	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
9	J18	128	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
10	I11	116	Hypertensive Herzkrankheit

B-12.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
I47	110	Paroxysmale Tachykardie
I44	92	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock
R55	87	Synkope und Kollaps
I26	85	Lungenembolie
I34	65	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
J45	48	Asthma bronchiale
Q21	33	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten
J84	29	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
T82	25	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
I36	19	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	3240	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-837	2464	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
3	8-83b	2154	Zusatzinformationen zu Materialien
4	3-052	2005	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
5	1-620	1912	Diagnostische Tracheobronchoskopie
6	1-273	1594	Rechtsherz-Katheteruntersuchung
7	1-430	1101	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
8	1-843	986	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
9	8-831	692	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
10	8-835	575	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen

B-12.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-274	567	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
8-701	522	Einfache endotracheale Intubation
8-836	423	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
1-265	369	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
8-640	359	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
5-377	338	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
5-35a	270	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen
8-771	121	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
1-432	116	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5-378	112	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kardiologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten: AM06 amb. Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18] AM07 Privatambulanz inkl. umfassender Funktionsdiagnostik AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 amb. spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Herzinsuffizienzspezialsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Therapie schwerer Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4) weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18] AM07 Privatambulanz inkl. umfassender Funktionsdiagnostik AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VI21)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Rhythmusspezialsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Funktionsdiagnostik und Echokardiografie einschl. transösophageal EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Ereignisrecorder, Kardioversion weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
Angebotene Leistung	Elektrophysiologie (VI34)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Herzschrittmachersprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Herzschrittmacher, Defibrillatoren, Kardiale Resynchronisationssysteme inkl. Kontrolle und Optimierung, Eventrecorder, Telemedizin weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Gefäßsprechstunde inkl. angiologischer Funktionsdiagnostik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Doppler-/ Duplexsonografie (arteriell, venös), Kapillarmikroskopie, Plasmapiskosität, Thrombinverschluss bei Aneurysmata spuriae weitere Abr.-arten: AM06 amb. Beh. im KH - §116b SGB V [LK18] AM11 vor-/ nachstat. Leist. - §115a SGB V AM17 amb. spezialfachärztl. Vers. - §116b SGB V [LK29, LK35]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Immunologische/ Allergologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Tests (konjunktival, nasal mittels Rhinomanometrie, oral, subcutan, i.v.): Haut~, Prick~, ICT, Scratch~, Epicutan~, Provokation~, Expositions~ Hyposensibilisierung weitere Abr.-arten: AM06 amb. Behandlung im KH - § 116b SGB V [LK18] AM07 Privat AM11 vor/ nachstationäre Leist. - § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)

Immunologische/ Allergologische Sprechstunde	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (VI00)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Pneumologische Sprechstunde inkl. Lungenfunktionsdiagnostik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	BGA, Spirometrie mit Flussvolumenkurve, Ganzkörperplethysmographie Spiroergometrie, Diffusionskapaz., 6 min. Gehstest mit BGA weitere Abr.-arten: AM06 amb. Beh. im KH §116b SGBV [LK18] AM07 Privatamb. AM11 vor-/ nachstat. Leistgn. §115a SGBV AM14 DMP AM17 amb. Vers. §116b SGBV [LK34, LK35]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Herzklappenspezialsprechstunde inkl. kardiologische Funktionsdiagnostik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Ereignisrecorder, Einschwemm kath., Spiroergometrie, Sressechokardiographie Transösophageale/ 3D-Echokardiogr., Indikation TAVI, Mitraclipping, Tricuspidalclipping weitere Abrechnungsarten: AM06 amb. Beh. im Krankenh. - § 116b SGB V [LK18] AM11 vor-/ nachstationäre Leistungen - § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Herzfehlern (VI00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Spezialsprechstunde pulmonale Hypertonie inkl. kardialer und pulmonaler Funktionsdiagnostik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	EKG, Einschwemm katheter, Spiroergometrie, Echokardiografie spezialisierte medikamentöse Therapie weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 amb. Beh. im KH - § 116b SGB V [LK18] AM11 vor-/ nachstationäre Leistungen - § 115a SGB V AM17 amb. spezialfachärztl. Versorgung - § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

Spezialsprechstunde für Fettstoffwechselstörungen (zertifizierte Lipidambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Doppler-/ Duplexsonografie (arteriell und venös), Kapillarmikroskopie, Plasmapviskosität, spezialisierte medikamentöse Therapie weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	17	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	3-607	5	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
3	5-378	5	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
4	3-604	< 4	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
5	3-605	< 4	Arteriographie der Gefäße des Beckens
6	5-377	< 4	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 49,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	45,87	
Ambulant	3,42	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	49,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 126,85851

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,37

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,93	
Ambulant	1,44	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,37	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 291,9719

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ24	Innere Medizin und Angiologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF03	Allergologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 121

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	116,58	
Ambulant	4,42	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	121	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 49,91422

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2070,81851

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,15

Kommentar: Unsere Pflegeassistenten werden in einer einjährigen Maßnahme dazu qualifiziert.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,15	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 38793,33333

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8,64

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,64	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,64	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 673,49537

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4769,67213

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,79	
Ambulant	0,46	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1535,3562

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ22	Intermediate Care Pflege
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ02	Diplom

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP16	Wundmanagement	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
ZP20	Palliative Care	
ZP24	Deeskalationstraining	
ZP18	Dekubitusmanagement	teilweise über Schulung Expertenstandard, keine Qualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP01	Basale Stimulation	
ZP30	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)	

B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Wir haben für eine halbe Stelle eine Psychologin zur Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, der Krisenintervention auf Normalstation und auf ITS (Patienten und Angehörige) sowie der Durchführung und Auswertung von psychologischer Diagnostik, insbes. bei Symptomen wie Ängsten und/ oder depressiven Verstimmungen bei kardialen Erkrankungen eingestellt.

B-13 Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie**B-13.1 Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie
Fachabteilungsschlüssel	0105
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Hochhaus
Telefon	03641/9-324201
Fax	03641/9-324202
E-Mail	onkologie@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kim2/Hämatologie+und+Internistische+Onkologie.html

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums mit 5 zertifizierten Organkrebszentren, 4 zertifizierten Modulen und 4 Schwerpunkten (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)

- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- Federführende Mitarbeit in der Deutschen CML Allianz über die Leitgruppe, Geschäftsstelle der CML Allianz ist am UKJ angesiedelt, Federführung Regionales Netzwerk Thüringen
- Mitglied des Transplantationszentrums des UKJ
- Behandlung von Patienten mit akuter myeloischer Leukämie (AML) und akuter lymphatischer Leukämie (ALL) überwiegend in Studien
- Konsultationszentrum für chronische myeloische Leukämie
- Konsultationszentrum für myeloische Erkrankungen
- Konsultationszentrum für maligne Lymphome
- Konsultationszentrum für multiples Myelom
- Mitarbeit im European LeukemiaNet (ELN)
- Mitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Knochenmark-Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT)
- Sektion Stammzelltransplantation nach JACIE zertifiziert
- Mitglied der European Blood and Marrow Transplantation Group (EBMT)
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)
- Molekulare Diagnostik akkreditiert nach DAkKS (Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH)/Anlage zur Akkreditierungsurkunde D-ML-13144-04-00 nach DIN EN ISO 15189:2014
- Angebot Zweitmeinungssprechstunde über das UTC
- Die Klinik für Innere Medizin II ist Gründungsmitglied des Zentrums für Gesundes Altern. Das Zentrum für Gesundes Altern wurde als Profizentrum von der Medizinischen Fakultät Jena gegründet, um Kompetenzen im Bereich der Altersmedizin zu bündeln und die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit in diesem Bereich zu fördern.
- Aktive Mitarbeit im Rahmen des CIRS am UKJ

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie	Kommentar
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI00	Umfassende diagnostische und therapeutische Versorgung allgemein internistischer Patienten, die als Notfall aufgenommen werden	
VI45	Stammzelltransplantation	<ul style="list-style-type: none"> - allogene-HLA voll- und teilkompatibel, autolog, einschließlich Stammzellengewinnung mit entsprechender Vor- und Nachsorge - akkreditiertes Zentrum EBMT - akkreditiertes Zentrum JACIE
VI40	Schmerztherapie	
VI38	Palliativmedizin	palliativmedizinische Komplexbehandlung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie	Kommentar
VI37	Onkologische Tagesklinik	Tagesklinische Versorgung von Patienten mit hämatologischen und soliden Tumoren
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	auch ambulant im Rahmen einer Ermächtigungsambulanz
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI27	Spezialsprechstunde	Hämatologie/ Onkologie Stammzelltransplantation Hämostaseologie Multiples Myelom Chronische myeloproliferative Neoplasien Lymphome Naturheilkunde und integrative Onkologie
VI26	Naturheilkunde	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI00	Hämatologisch-onkologischer Konsiliardienst	24 Stunden am Tag
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VX00	Führung einer Datei für Knochenmarkfremdspender des ZKRD (Ulm) und Suchzentrum Knochenmarkfremdspendertransplantation	

B-13.5 Fallzahlen Klinik für Innere Medizin II - Hämatologie und Internistische Onkologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3198
Teilstationäre Fallzahl	708

B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-13.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C83	450	Nicht follikuläres Lymphom
2	C92	366	Myeloische Leukämie
3	C34	236	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
4	C90	216	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
5	C91	204	Lymphatische Leukämie
6	C16	177	Bösartige Neubildung des Magens
7	C25	150	Bösartige Neubildung des Pankreas
8	C18	125	Bösartige Neubildung des Kolons
9	C15	95	Bösartige Neubildung des Ösophagus
10	C20	82	Bösartige Neubildung des Rektums

B-13.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C22	82	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C82	67	Follikuläres Lymphom
C81	66	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]
D46	58	Myelodysplastische Syndrome
C84	56	Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C80	36	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
D61	28	Sonstige aplastische Anämien
C17	23	Bösartige Neubildung des Dünndarmes
D69	21	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
C24	19	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege
C62	19	Bösartige Neubildung des Hodens
C40	15	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten
D57	6	Sichelzellenkrankheiten

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-13.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-800	2056	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
2	8-542	1782	Nicht komplexe Chemotherapie
3	8-543	989	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
4	8-547	920	Andere Immuntherapie
5	6-002	875	Applikation von Medikamenten, Liste 2
6	9-984	834	Pflegebedürftigkeit
7	6-001	613	Applikation von Medikamenten, Liste 1
8	1-424	599	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	8-810	458	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
10	6-005	315	Applikation von Medikamenten, Liste 5

B-13.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-544	222	Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
6-007	208	Applikation von Medikamenten, Liste 7
6-004	160	Applikation von Medikamenten, Liste 4
8-541	126	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren
8-805	113	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen
9-200	101	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
5-410	91	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark und peripherem Blut zur Transplantation und von peripheren Blutzellen zur Transfusion
8-812	81	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
1-991	51	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]
1-941	41	Komplexe Diagnostik bei Leukämien
8-982	39	Palliativmedizinische Komplexbehandlung

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz für Naturheilkunde und Integrative Onkologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK36]
Angebotene Leistung	Naturheilkunde (VI26)
Angebotene Leistung	Palliativmedizin (VI38)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VI40)

Hämatologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK35, LK36]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebotene Leistung	Palliativmedizin (VI38)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VI40)

KMT-Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebote Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VI21)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
Angebote Leistung	Schmerztherapie (VI40)

Onkologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK35, LK36]
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebote Leistung	Palliativmedizin (VI38)
Angebote Leistung	Schmerztherapie (VI40)

Konservative Tagesklinik (UTC)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK17] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK35, LK36]
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)

Konservative Tagesklinik (UTC)	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebotene Leistung	Palliativmedizin (VI38)
Angebotene Leistung	Physikalische Therapie (VI39)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VI40)

Sprechstunde für Hämostaseologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanzen: AM04 Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV ab 2020: VdEK Vertrag für Hämophiliepatienten, die nach AMG behandelt werden AM17 Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 30,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27,54	
Ambulant	3,3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	30,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 116,122

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,59	
Ambulant	1,6	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 235,32009

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF11	Hämostaseologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF27	Naturheilverfahren
ZF30	Palliativmedizin

B-13.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 66,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	55,01	
Ambulant	11,98	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	66,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 58,13488

Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,95

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 809,62025

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 53300

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,26	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,26	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 750,70423

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6150

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,42	
Ambulant	0,83	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2252,11268

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP20	Palliative Care

B-14 Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin**B-14.1 Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3752
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Ulrich Wedding
Telefon	03641/9-397500
Fax	03641/9-397502
E-Mail	Ulrich.Wedding@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kim2/Palliativmedizin.html

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Apl. Prof. Dr. med. Winfried Meißner
Telefon	03641/9-397501
Fax	03641/9-397502
E-Mail	Winfried.Meissner@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kim2/Palliativmedizin.html

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Abteilung Palliativmedizin der Klinik für Innere Medizin II zugehörig mit Palliativstation, Palliativteam und Palliativmedizinischem Dienst sowie Hochschulambulanz, enge Zusammenarbeit mit Förderverein Hospiz Jena e. V. und der Hospiz- und Palliativ-Stiftung Jena sowie dem Stationären Hospiz Jena
- 12 Betten für die stationäre palliativmedizinische Versorgung sowie Möglichkeit zur tages- und poliklinischen Versorgung von Palliativpatienten
- palliativmedizinischen Komplexbehandlung in anderen Kliniken des Klinikums
- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- PD Dr. Ulrich Wedding wirkte an der Erstellung des 2 Teils der S3-Leitlinie Palliativmedizin, an der S3-Leitlinie Prostatakarzinom, S3 Leitlinie Magenkarzinom und der S3 Leitlinie Pankreaskarzinom mit.

- Von 07/2017 bis 10/2019 Koordination des vom GBA geförderten multizentrischen Innovationsfondsprojektes „SAVOIR: Outcomes, Interaktionen, Regionale Unterschiede“ zur Evaluierung der SAPV-Richtlinie. Untersucht werden die Vielfalt der Modelle sowie der damit einhergehenden regionalen Versorgungsstrukturen in der SAPV sowie Identifizierung von Faktoren, die für die Versorgungsqualität wichtig sind. Die Untersuchung berücksichtigt die Sichtweise der Betroffenen: Patienten, Angehörige, Hausärzte, Pflegende, Hospize usw. Erstellung des Abschlussberichtes erfolgt in 2020.
- Prof. Dr. Winfried Meißner ist einer die Koordinatoren des Kapitels Tumorschmerz der S3- Leitlinie Palliativmedizin, die 2019 überarbeitet wurde.
- Aus der Abteilung heraus wurde die Hospiz- und Palliativstiftung Jena (<https://www.hospiz-jena.de>) mit dem Ziel, ein Stationäres Hospiz in Jena zu etablieren, gegründet. Die Eröffnung erfolgte im Februar 2019.
- In der Abteilung arbeiten Ärzte verschiedener Fachrichtungen (Anästhesisten/ Schmerztherapeuten, Onkologen, Allgemeinmediziner) mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Weiterbildungsassistenten, Pflegekräfte, zwei Psychoonkologinnen, Ergo- und Physiotherapeuten, eine Sozialarbeiterin und eine Seelsorgerin im multiprofessionellen, interdisziplinären Team eng zusammen.

B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-14.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin	Kommentar
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	nach Notwendigkeit im pall.-med. Setting
VI27	Spezialsprechstunde	SAPV
VI38	Palliativmedizin	<ul style="list-style-type: none"> - 12 Betten zur stat. palliativmedizinische Versorgung - Ambulantes Palliativteam (SAPV) - Hochschulambulanz - konsiliarische palliativmediz. und palliativpfleg. Mitbetreuung von UKJ-Patienten - Palliativmedizinische Komplexbehandlung (PMKB) auf nahezu allen Stationen des UKJ am Standort Lobeda
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI00	Palliativmedizinische Tagesklinik	z. B. Pleura-/ Aszitespunktionen, Transfusionen, Appl. von Chemotherapie
VP14	Psychoonkologie	

B-14.5 Fallzahlen Klinik für Innere Medizin II - Palliativmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	358
Teilstationäre Fallzahl	6

B-14.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-14.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C25	22	Bösartige Neubildung des Pankreas
2	C34	21	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
3	C79	21	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
4	C22	16	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
5	C92	13	Myeloische Leukämie
6	C90	12	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
7	C71	11	Bösartige Neubildung des Gehirns
8	C16	10	Bösartige Neubildung des Magens
9	C80	10	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
10	C20	9	Bösartige Neubildung des Rektums

B-14.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Es wurden keine Kompetenzdiagnosen ausgewählt.

B-14.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-14.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98h	467	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
2	8-98e	260	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
3	9-984	257	Pflegebedürftigkeit
4	8-982	149	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
5	8-547	37	Andere Immuntherapie
6	9-200	37	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
7	8-800	34	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8	8-153	12	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
9	8-542	10	Nicht komplexe Chemotherapie
10	6-002	7	Applikation von Medikamenten, Liste 2

B-14.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-152	5	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
8-543	5	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
1-204	< 4	Untersuchung des Liquorsystems
1-853	< 4	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle
8-018	< 4	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
8-144	< 4	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
8-831	< 4	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße

B-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Palliativmedizinische Poliklinik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK36]
Angebote Leistung	Palliativmedizin (VI38)
Angebote Leistung	Schmerztherapie (VI40)

B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-14.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-14.11 Personelle Ausstattung**B-14.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,86	
Ambulant	1,73	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,59	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 73,66255

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,83	
Ambulant	1,33	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
---------------------------------	--------------------------	------------------

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,16	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 93,47258

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF30	Palliativmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-14.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 17,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,44	
Ambulant	1,96	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 23,18653

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 115,48387

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 156,33188

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1432

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP20	Palliative Care

B-14.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

In der Abteilung arbeiten Ärzte verschiedener Fachrichtungen (Anästhesisten/ Schmerztherapeuten, Onkologen, Allgemeinmediziner) mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Weiterbildungsassistenten, Pflegekräfte, eine Psychoonkologin, Ergo- und Physiotherapeuten, eine Sozialarbeiterin und eine Seelsorgerin im multi-professionellen, interdisziplinären Team eng zusammen.

B-15 Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie**B-15.1 Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie
Fachabteilungsschlüssel	0104
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med., MHBA Gunter Wolf
Telefon	03641/9-324301
Fax	03641/9-324302
E-Mail	Anka.Lohmann@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kim3/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Mitglied des Transplantationszentrums
- QM-System der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG): Anerkennung als Behandlungseinrichtung für Typ-1- und Typ-2-Diabetes
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums
- Benchmarking in der Arbeitsgemeinschaft für Strukturierte Diabetestherapie (ASD) der Deutschen Diabetesgesellschaft
- Prof. Dr. med. Gunter Wolf, MHBA arbeitet in nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gremien und Gesellschaften mit und weist seine wissenschaftliche Referenz in nationalen und internationalen Editorial Boards von wissenschaftlichen Zeitschriften aus, z.B., Kidney and Blood Pressure Research, Clinical Nephrology, Nieren- und Hochdruckkrankheiten (Mitglied der Hauptschriftleitung), BioMedCentral Nephrology, European Journal of Clinical Investigation, Current Hypertension Reviews, Der Nephrologe (Mitherausgeber). Er ist Vorsitzender der Kommission "Diabetes und Niere" der deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN). Er ist weiterhin Mitglied des erweiterten Vorstandes der DGfN. Prof. Wolf ist Ehrenmitglied der Thüringer Gesellschaft für Innere Medizin.
- Die Mitarbeiter des Bereiches Nephrologie sind und a. in folgenden wissenschaftlichen Gesellschaften aktiv: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Niere der Deutschen Diabetesgesellschaft, Thüringer Gesellschaft für Innere Medizin, Colloquium nephrologicum thuringiae e. V.

- Die Mitarbeiter des Bereiches Rheumatologie sind und in folgenden wissenschaftlichen Gesellschaften aktiv: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Herr Prof. Oelzner ist Sprecher der Kommission Osteologie in der Gesellschaft für Rheumatologie, Die osteologische Abteilung ist zertifiziert als klinisches osteologisches Schwerpunktzentrum DVO und als osteologisches Studienzentrum DVO
- Die Mitarbeiter des Bereiches Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen sind als Mitglieder in folgenden wissenschaftlichen Gesellschaften aktiv: Thüringer Gesellschaft für Diabetes und Stoffwechselerkrankungen, Thüringer Gesellschaft für Innere Medizin, Mitteldeutscher Arbeitskreis Endokrinologie, Deutsche Diabetesgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, Arbeitsgemeinschaft für seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen, (ASIM), Arbeitsgemeinschaft Strukturierte Diabetestherapie (ASD) der DDG, Verband der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe Deutschland, Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin, Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA) Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung.
- die Klinik ist Mitglied im EUVAS-Verbund

B-15.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-15.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie	Kommentar
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin I/ Kardiologie
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin I/ Kardiologie
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin I/ Kardiologie; im Sinne entzündlicher Erkrankungen (Vaskulitis)
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	einschließlich aller sekundärer Hypertonieformen
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	einschließlich B-Bild Sonografie, Doppler-/ Duplexsonografie, Durchführung von Nierenbiopsien, stationäre Dialyseeinrichtung zur Hämodialyse, Peritonealdialyse und Plasmapheresetherapie, stationäre Anleitung/ Training zur Peritonealdialyse

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie	Kommentar
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin II/ Hämatologie/ Onkologie
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Zentrum zur Behandlung von Typ-1- und Typ-2-Diabetikern, diabetisches Fußzentrum, Schilddrüsensonografie, Schilddrüsenpunktionen
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin IV/ Gastroenterologie
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin I/ Pulmonologie Versorgung von Nierentransplantierten und Dialysepatienten
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin IV/ Gastroenterologie; insbesondere im Rahmen der Versorgung und Behandlung von Peritonealdialysepatienten
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin IV/ Gastroenterologie
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin I/ Pulmonologie; insbesondere in der Versorgung von Nierentransplantierten
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	Gelenksonografie, Durchführung von Gelenkpunktionen und Auswertung, Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin in Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin II/ Hämatologie/ Onkologie
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin
VI20	Intensivmedizin	Betreuung der internistischen Intensivmedizin in Rahmen der Dialysebehandlung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie	Kommentar
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Transplantationszentrum mit ambulanter und stationärer Evaluierung, Vorbereitung und Nachbetreuung vor/ nach Nieren- sowie Nieren-Pankreastransplantationen, Nierenlebendspende, ABO-inkompatible Nierentransplantation nach Nierenlebendspende
VI27	Spezialsprechstunde	Nieren- und Hochdruckerkrankungen, Rheumatologie/ Osteologie, Stoffwechselerkrankungen/ Endokrinologische Ambulanz (Diabetes inklusive Schwangerschaftsdiabetes, Fußsprechstunde, Endokrinologie), Adipositasprechstunde, Sprechstunde Nierentransplantation (Vor- und Nachsorge)
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	im Rahmen des Versorgungsauftrages Allgemeine Innere Medizin
VI41	Shuntzentrum	in Zusammenarbeit mit der Abt. für Gefäßchirurgie der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

B-15.5 Fallzahlen Klinik für Innere Medizin III - Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen - Nephrologie - Rheumatologie/ Osteologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2882
Teilstationäre Fallzahl	1948

B-15.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-15.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M31	283	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
2	E11	209	Diabetes mellitus, Typ 2
3	N18	172	Chronische Nierenkrankheit
4	N17	125	Akutes Nierenversagen
5	M34	117	Systemische Sklerose
6	E10	97	Diabetes mellitus, Typ 1
7	T86	92	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben
8	I50	78	Herzinsuffizienz
9	M33	77	Dermatomyositis-Polymyositis
10	M35	76	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes

B-15.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
M32	65	Systemischer Lupus erythematodes

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
E87	54	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
O24	53	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft
D86	42	Sarkoidose
N04	37	Nephrotisches Syndrom

B-15.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-15.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-854	3012	Hämodialyse
2	8-855	1564	Hämodiafiltration
3	9-984	508	Pflegebedürftigkeit
4	8-810	235	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
5	8-542	202	Nicht komplexe Chemotherapie
6	8-547	173	Andere Immuntherapie
7	1-465	149	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
8	9-500	135	Patientenschulung
9	8-800	118	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	1-920	90	Medizinische Evaluation und Entscheidung über die Indikation zur Transplantation

B-15.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-857	64	Peritonealdialyse
8-831	43	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8-820	39	Therapeutische Plasmapherese
3-900	30	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
1-760	26	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung
8-85a	6	Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates

B-15.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Nephrologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18] AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK35, LK36]

Ambulanz Nephrologie	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)

Ambulanz Rheumatologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen weitere Abrechnungsarten: AM06 ambulante Behandlung nach §116b SGB V [LK17] AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach §115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach §116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)

Ambulanz Rheumatologie/ Osteologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen weitere Abrechnungsarten: AM06 Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V [LK17] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)

Ambulanz Stoffwechselerkrankungen/ Endokrinologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Adipositasprechstunde weitere Abrechnungsarten: AM06 Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V [LK18] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM14 Ambulanz im Rahmen von DMP AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK34]

Ambulanz Stoffwechselerkrankungen/ Endokrinologie	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)

Nierentransplantationsambulanz	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Betreuung von Patienten / Patientinnen vor und nach Nierenlebenspende - auch AB0-inkompatibel weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK35]
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VI21)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)

B-15.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-15.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-15.11 Personelle Ausstattung

B-15.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 32,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,35	
Ambulant	7,7	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 118,35729

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,26

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,72	
Ambulant	3,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,26	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 245,90444

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	
AQ24	Innere Medizin und Angiologie	
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie	
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie	SP Rheumatologie und Osteologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF28	Notfallmedizin

B-15.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 44,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	40,65	
Ambulant	3,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	44,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 70,89791

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,33

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 865,46547

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1226,38298

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,6

Kommentar: Unsere Pflegeassistenten werden in einer einjährigen Maßnahme dazu qualifiziert.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4803,33333

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 735,20408

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,41	
Ambulant	0,47	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,88	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2043,97163

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z. B. Diabetesberatung
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP24	Deeskalationstraining	z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie

B-16 Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie**B-16.1 Allgemeine Angaben Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie
Fachabteilungsschlüssel	0107
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Stallmach
Telefon	03641/9-324200
Fax	03641/9-324222
E-Mail	andreas.stallmach@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kim4/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- Fortsetzung der Qualitätsbewertung mithilfe einer eigens entwickelten Balanced Score Card

B-16.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-16.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie	Kommentar
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI20	Intensivmedizin	Mitbetreuung von gastroenterologisch/hepatologischen Patienten auf IMC2, unter Leitung der Klinik für Innere Medizin I
VR04	Duplexsonographie	innerhalb der Interdisziplinären Endoskopie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	innerhalb der Interdisziplinären Endoskopie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie	Kommentar
VR02	Native Sonographie	innerhalb der Interdisziplinären Endoskopie
VI00	Hepatologie	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VI35	Endoskopie	Interdisziplinär in Koop. mit AVC: ÖGD & Koloskopie inkl. Intervention, ERCP inkl. Interv. u. Stentimpl., PTCD, Sonografien & Endosonografie inkl. Punktion, Kapselendoskopie, Ballonenteroskopie, Cholangioskopie, Minilaparoskopie, konfokale Laserendoskopie, Atemteste, Impedanzmessungen, Sondenanlagen
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	innerhalb der Interdisziplinären Endoskopie
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI27	Spezialsprechstunde	Gastroenterologie CED Hepatologie FMT Post-Covid-Ambulanz (2020) Studienambulanz
VR06	Endosonographie	innerhalb der Interdisziplinären Endoskopie

B-16.5 Fallzahlen Klinik für Innere Medizin IV - Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2850
Teilstationäre Fallzahl	4

B-16.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-16.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K83	190	Sonstige Krankheiten der Gallenwege
2	K70	174	Alkoholische Leberkrankheit
3	K50	115	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
4	K22	112	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
5	K74	110	Fibrose und Zirrhose der Leber
6	K80	98	Cholelithiasis
7	D12	96	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus
8	K92	91	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
9	K63	88	Sonstige Krankheiten des Darmes
10	K85	77	Akute Pankreatitis

B-16.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
K51	56	Colitis ulcerosa
A09	52	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs

B-16.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-16.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-632	3983	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
2	1-650	1575	Diagnostische Koloskopie
3	1-440	1312	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	5-513	995	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
5	1-444	523	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
6	3-055	482	Endosonographie der Gallenwege und der Leber
7	8-810	472	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
8	3-056	436	Endosonographie des Pankreas
9	1-640	418	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
10	8-125	353	Anlegen und Wechsel einer duodenalen oder jejunalen Ernährungs-sonde

B-16.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-853	296	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle
8-153	272	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
1-63a	53	Kapselendoskopie des Dünndarmes

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-447	47	Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas
1-655	14	Chromoendoskopie des unteren Verdauungstraktes

B-16.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Endoskopie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03, LK 18] AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	ARFI-Messung, Fibroscan (VI00)
Angebotene Leistung	Atemgastests (C13, Laktose, Fruktose, Glukose) (VI00)
Angebotene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angebotene Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)
Angebotene Leistung	Endosonographie (VR06)
Angebotene Leistung	Manometrie (ösophageal und anorektal) (VI00)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	pH-Metrie (VI00)
Angebotene Leistung	Sonographie mit Kontrastmittel (VR05)

Gastroenterologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	chron. entzündl. Darmerkrankungen, Zöliakie, chron. Pankreasentzündungen, Abdominalbeschwerden weitere Abrechnungsarten: AM06 amb. Beh. im KH §116b SGBV [LK03] AM07 Privatambulanz AM11 vor-/ nachstat. L. §115a SGBV AM17 amb. spezialfachärztl. Vers. §116b SGBV [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
Angebotene Leistung	Mitarbeit Kompetenznetz Darmerkrankungen (GISG, KN-CED, DATED) (VI00)
Angebotene Leistung	Studienambulanz (VI00)

Leberdispensärsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Leberdispensärsprechstunde	
Kommentar	Behandlung von Patienten mit akuter und chronischer Lebererkrankung (infektiös, autoimmun, nutritiv toxisch) weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 amb. Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03, LK 18] AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebote Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VI21)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebote Leistung	Kompetenzzentrum Hepatitis B und C; Mitarbeit im Kompetenznetz Hepatitis Modellregion Ost (VI00)
Angebote Leistung	Studienambulanz (VI00)

B-16.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	656	Diagnostische Koloskopie
2	1-444	324	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
3	5-452	116	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
4	5-429	15	Andere Operationen am Ösophagus
5	5-431	7	Gastrostomie
6	1-442	6	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
7	5-513	5	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
8	1-640	4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege
9	1-641	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege
10	1-642	< 4	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege
11	1-694	< 4	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
12	5-492	< 4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals

B-16.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-16.11 Personelle Ausstattung

B-16.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 23,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,8	
Ambulant	1,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 130,73394

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,53	
Ambulant	0,39	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 378,48606

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ13	Viszeralchirurgie
AQ23	Innere Medizin
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF26	Medizinische Informatik
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie

B-16.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 40,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	36,92	
Ambulant	3,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	40,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 77,19393

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2740,38462

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1067,41573

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 21923,07692

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,09	
Ambulant	0,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 922,3301

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ22	Intermediate Care Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP16	Wundmanagement	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-17 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

B-17.1 Allgemeine Angaben Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
Fachabteilungsschlüssel	1000
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. James F. Beck
Telefon	03641/9-329501
Fax	03641/9-329502
E-Mail	kinderklinik@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kinderklinik/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Arbeitsgemeinschaft Pflegestandards: Erarbeitung, Erweiterung und ständige Aktualisierung zu Pflegemaßnahmen in der Kinderheilkunde
- Beteiligung an überregionalen Auswertungen von Untersuchungs- und Therapieergebnissen:
 - Meldung an das Mainzer Kinder-Tumorregister
 - Registrierung und Auswertung nosokomialer Infektionen auf Knochenmark- und Blutstammzelltransplantationsabteilungen (ONKO-KISS; s. Kapitel C4)
 - Therapieoptimierungsstudien der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
 - Evaluierung der Blutstammzelltransplantationen (Pädiatrisches Register für Stammzelltransplantation in Frankfurt/ Main, europaweit durch EBMT, weltweit durch IBMTR)
- Kompetenznetzwerk Hämorrhagische Diathesen Ost: Datenaustausch, Diagnose- und Therapierichtlinien
- Therapiestudie bei Bluter-Neuerkrankungen, PUP-Studie Hämophilie
- Inzidenz- und Todesursachen-Statistik Hämophilie Deutschland
- Leitlinien-Mitarbeit zur akuten und venösen Thrombose (ständige Kommission Pädiatrie der Gesellschaft für Thrombose und Hämostaseforschung)
- Mitglied des Zentrums für angeborene und erworbene Fehlbildungen
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums (periZert, Level I)
- multizentrische Therapiestudien in der Kinderneurologie
- AWMF Leitlinien Erstellung: Harnwegsinfektion im Kindesalter
- DPV-QM-Initiative: Nationale Qualitätsinitiative für die pädiatrische Diabetologie (Ulm)
- AWMF-Leitlinien Kinderdiabetologie: Mitarbeit bei der Erstellung der aktuellen Leitlinien
- Datenbank der AG Pädiatrische Endokrinologie zur Qualitätssicherung bei AGS (Adrenogenitales Syndrom, eine Stoffwechselstörung): PEDAS-QS
- Datenbank der AG Pädiatrische Endokrinologie zur Qualitätssicherung bei kongenitaler Hypothyreose: PEDAS-QS

- Leitung des Neugeborenen-Screenings auf angeborene Stoffwechsel- und Hormonstörungen im Rahmen des Stoffwechsellabors Thüringen. Teilnahme an der Qualitätssicherung des Neugeborenen-Screenings bezüglich der Konfirmations-Diagnostik (Adrenogenitales Syndrom und angeborene Schilddrüsenunterfunktion)
- Muko.dok/ Muko.zert: Qualitätssicherung bei Mukoviszidose mit anonymer Eingabe der Jenaer Patientendaten (Deutschen Mukoviszidose e. V.)
- Einzige Zertifizierte Mukoviszidosezentrum für Kinder und Erwachsene in Thüringen (seit 2017, zuvor nur für Kinder und Jugendliche zertifiziert); 81 stationäre und 220 teilstationäre Behandlungsfälle
- Durchführung von Schweißtest bei auffälligen Neugeborenen Screening für CF seit 01.09.2016
- Aufnahme in das Netzwerk europäische CF-Studienzentren (European Clinical Trials Network / insgesamt wurden 43 Zentren in Europa, 5 in Deutschland nach Bewerbung aufgenommen)
- Teilnahme am deutschen Benchmarking Mukoviszidose einschl. Public Reporting
- Qualitätssicherung Asthmaschulung
- Teilnahme an internationalen und deutschen Studien zu Mukoviszidose und Asthma
- AWMF-Leitlinien Mitarbeit für neue und chronische Besiedlung mit Pseudomonas aeruginosa bei Mukoviszidose
- Teilnahme an der Erhebung seltener pädiatrischer Erkrankungen (ESPED)
- Teilnahme an Ringversuchen: Hämatologie, Flowzytometrie zur CD 34+-Detektierung, zur Leukämiediagnostik und Immunphänotypisierung
- Inspektionen zur Durchführung des Arzneimittelgesetzes durch das Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit und das Paul-Ehrlich-Institut
- Teilnahme an Qualitätssicherungsvereinbarung Kinderonkologie
- Internationale JACIE Akkreditierung der Stammzelltransplantationseinheit zusammen mit der Klinik für Innere Medizin II
- Gastroenterologie:
 - Teilnahme am CEDATA-Register (chronisch. entzündliche Darmerkrankungen) der GPGE
 - Leitung (OA Dr. med. Reinsch) des GPGE-Weiterbildungszentrum Jena/ Eisenach (Kooperation mit CA Dr. Benno Kretschmar)
- Mitaufnahme von Eltern (Z76 - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen - als häufigste Hauptdiagnose: 1433 Mal)

B-17.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-17.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie	Kommentar
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VK28	Pädiatrische Psychologie	Spezialsprechstunden/ Ambulanzen für Pädiatrische Diabetologie, Endokrinologie, Pulmonologie, Mukoviszidose, Kardiologie, Gastroenterologie/ Hepatologie Onkologie Hämatologie Nephrologie Rheumatologie Neonatalogie/ Frühgeborensprechstunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie	Kommentar
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	einschließlich Patienten mit Gerinnungsstörungen
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	Leukämien, Tumoren des Gehirns und des Rückenmarkes, des vegetativen Nervensystems, bösartige Erkrankungen der Lymphknoten, der Nieren, des Haltungs- und Bewegungsapparates, der Leber, hormonproduzierender Drüsen, seltene Tumoren
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	einschließlich Patienten mit zystischer Fibrose im Kindes- und Erwachsenenalter
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VK29	Spezialsprechstunde	Ambulanz des KfH-Nierenzentrums für Kinder/ Jugendliche; Ambulanzen für Kinderkardiologie und angeborene Herzfehler, für Nieren- und Harnwegserkrankungen Pädiatrische Ernährungsberatung, Pädiatrische Pneumologie/ Allergologie/ Mukoviszidosezentrum, Pädiatrische Hämatologie/ Onkologie/ Immundefekte
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen	
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Blutstammzell- und Knochenmarktransplantation Nierentransplantation
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzkrankungen	
VI38	Palliativmedizin	<ul style="list-style-type: none"> - Palliativmedizinische Komplexbehandlung bei Kindern und Jugendlichen - ambulantes Palliativteam (SAPV)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie	Kommentar
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	bei Kindern und Jugendlichen
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	bei Kindern und Jugendlichen; bei Mukoviszidose auch bei Erwachsenen
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	bei Kindern und Jugendlichen; bei Mukoviszidose auch bei Erwachsenen
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	bei Kindern und Jugendlichen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	bei Kindern und Jugendlichen
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	bei Kindern und Jugendlichen
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	bei Kindern und Jugendlichen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	bei Kindern und Jugendlichen

B-17.5 Fallzahlen Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2070
Teilstationäre Fallzahl	1160

B-17.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-17.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C91	184	Lymphatische Leukämie
2	Z51	82	Sonstige medizinische Behandlung
3	N10	63	Akute tubulointerstitielle Nephritis
4	T78	61	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert
5	E84	59	Zystische Fibrose
6	K50	55	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
7	F10	49	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
8	A09	42	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
9	E10	41	Diabetes mellitus, Typ 1
10	J20	39	Akute Bronchitis

B-17.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C92	36	Myeloische Leukämie
C40	34	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C41	34	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81	31	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]
Z03	25	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen
C49	21	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
Z09	17	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände außer bösartigen Neubildungen
C64	14	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
D33	14	Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems
D56	11	Thalassämie
D59	11	Erworbene hämolytische Anämien
D61	10	Sonstige aplastische Anämien
C72	9	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems
D81	9	Kombinierte Immundefekte
T86	9	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben
C83	7	Nicht follikuläres Lymphom
C75	6	Bösartige Neubildung sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen
C62	5	Bösartige Neubildung des Hodens
D47	5	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
D50	5	Eisenmangelanämie
C93	4	Monozytenleukämie
D48	4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
D70	4	Agranulozytose und Neutropenie

B-17.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-17.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-760	534	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung
2	8-800	434	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
3	9-984	330	Pflegebedürftigkeit
4	8-542	292	Nicht komplexe Chemotherapie
5	8-547	216	Andere Immuntherapie
6	8-810	164	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
7	6-001	160	Applikation von Medikamenten, Liste 1
8	6-002	141	Applikation von Medikamenten, Liste 2
9	1-204	134	Untersuchung des Liquorsystems

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	1-424	128	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark

B-17.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-903	75	(Analgo-)Sedierung
8-802	42	Transfusion von Leukozyten
5-410	23	Entnahme von hämatopoetischen Stammzellen aus Knochenmark und peripherem Blut zur Transplantation und von peripheren Blutzellen zur Transfusion
5-411	16	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark
8-812	13	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
8-805	8	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen
1-941	7	Komplexe Diagnostik bei Leukämien
8-713	< 4	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen
8-771	< 4	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
8-98j	< 4	Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung

B-17.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz für Kinderkardiologie und angeborene Herzfehler	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM04 Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34]
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VK02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen (VK03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen (VK01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen (VK20)

Ambulanz Kinder- und Jugendmedizin

Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
-------------	---

Ambulanz Kinder- und Jugendmedizin	
Kommentar	Telefon: 03641 9329540 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM08 Notfallambulanz (24h) AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34]
Angebotene Leistung	Allgemeine pädiatrische Sprechstunde (VK00)
Angebotene Leistung	Impfungen (VK00)
Angebotene Leistung	Reisemedizin, Beratung für Kinder und Jugendliche (VK00)

Ambulanz für Nieren- und Harnwegserkrankungen	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telefon: 03641 9328550 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VK02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen (VK03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen (VK04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen (VK20)

Pädiatrische Ernährungsberatung	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telefon: 03641 9 329557 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34]
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VK29)

Pädiatrische Pneumologie/ Allergologie/ Mukoviszidosezentrum	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Pädiatrische Pneumologie/ Allergologie/ Mukoviszidosezentrum	
Kommentar	Telefon: 03641 9329535 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM14 Ambulanz im Rahmen von DMP AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen (VK20)
Angebotene Leistung	Mukoviszidosezentrum (VK33)

Pädiatrische Tagesklinik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telefon: 03641 9329520 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VK02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VK06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen (VK01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen (VK09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)

Spezialprechstunde Gastroenterologie/ Hepatologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telefon: 03641 9329545 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34]

Spezialsprechstunde Gastroenterologie/ Hepatologie	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VK07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VK06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)

Spezialsprechstunde Kinderdiabetologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telefon: 03641 9328130 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05)

Spezialsprechstunde für Endokrinologie (Hormonsprechstunde)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telefon: 03641 9329550 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM14 Ambulanz im Rahmen von DMP AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34]
Angebotene Leistung	Betreuung von Patienten nach Therapie maligner Erkrankungen und Betreuung von Patienten mit Hormonstörungen bei genetischen Erkrankungen (VK00)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angebotene Leistung	Neugeborenencreening (VK25)

Spezialsprechstunde für Hämatologie, Onkologie und Immunologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telefon: 03641 9329560 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM04 Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VK02)

Spezialsprechstunde für Hämatologie, Onkologie und Immunologie	
Angebotene Leistung	Diagnose und Therapie von Patienten mit Gerinnungsstörungen (VK00)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) (VK14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK10)
Angebotene Leistung	Immunologie (VK30)

Spezialsprechstunde für Kinderrheumatologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telefon: 03641 9329545 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen (VK09)

B-17.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-17.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-17.11 Personelle Ausstattung

B-17.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 24,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,03	
Ambulant	4,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 103,34498

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,02	
Ambulant	2,36	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 172,21298

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
ZF17	Kinder-Gastroenterologie
ZF18	Kinder-Nephrologie
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF21	Kinder-Rheumatologie
ZF30	Palliativmedizin

B-17.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 25,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,66	
Ambulant	3,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 91,3504

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 34,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,34	
Ambulant	3,11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	34,45	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 66,04978

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Unsere Pflegeassistenten werden in einer einjährigen Maßnahme dazu qualifiziert.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2070

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1398,64865

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9000

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 8280

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP26	Epilepsieberatung

B-17.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Wird von der Klinik für Neuropädiatrie vorgehalten.

B-18 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin**B-18.1 Allgemeine Angaben Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin
Fachabteilungsschlüssel	1200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Sektionsleiter
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Hans Proquitté
Telefon	03641/9-329601
Fax	03641/9-329602
E-Mail	Hans.Proquitte@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kinderklinik/

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. James F. Beck
Telefon	03641/9-329501
Fax	03641/9-329502
E-Mail	kinderklinik@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kinderklinik/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Perinatalzentrum Level 1 seit 01.01.2006 gemäß der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen; s.a. <https://www.perinatalzentren.org>
- Hauptpartner des zertifizierten Perinatalzentrums (periZert; Level I)
- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Prof. Dr. Proquitté ist Mitglied des Arbeitskreises Thüringer Neonatologen
- Pränatales Pflegekonsil zur Vorbereitung der Eltern in Risikoschwangerschaften
- Umfangreiche Schulung der Mitarbeiter und Angehörigen zu Reanimationsmaßnahmen, Beatmung und vorbeugenden Maßnahmen
- Erhöhung der Neonatologen mit Teilgebietsbezeichnung von 5 auf 8 (2020)

- Mitwirkung im Sepsisverbund CSCC mit dem Projekt "NEO-SEP" (5-Jahres-Projekt, BMBF)
- Microblut Messungen von pCO₂ und pH: (BMBF 2016)
- NesDiag, PCR basierte Erreger-Diagnostik: (BMBF 2016)
- Arios: Nachsorge von Kindern nach Präeklampsie-Therapie der Mutter (2016)
- Umsetzung des RKI Bulletins im Hinblick auf Hygiene und Isolationsempfehlungen auf Neonatologien
- Teilnahme an der GNN Studie
- Teilnahme an der RONI-Studie
- Teilnahme an der Primal Studie
- Mitaufnahme von Eltern (Z76 - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen - als häufigste Hauptdiagnose: 325 Mal)

B-18.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-18.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin	Kommentar
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	Zusammenarbeit mit den Kollegen der Kinderkardiologie, Echokardiografie, EKG, LZ-EKG, LZ-RR (auch pränatale Konsile)
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	Pränatalmedizin & Geburtshilfe, Klinische Genetik, Kinderchirurgie, Kinderanästhesie, Radiologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Kinderkardiologie, Kinderneurologie
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	pränatale Konsile mit betreffenden Fachabteilungen, Sonografie
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	in Zusammenarbeit mit den Neuropädiatern Schwerpunkt neuromuskuläre Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	in Zusammenarbeit mit den Neuropädiatern Schwerpunkt neuromuskuläre Erkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	Labor, EEG, Sonografie, MRT, in Zusammenarbeit mit den Neuropädiatern Schwerpunkt neuromuskuläre Erkrankungen (auch pränatale Konsile)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin	Kommentar
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	Labor, Zusammenarbeit mit klinischer Genetik und Abteilung für Neuropädiatrie Schwerpunkt Stoffwechselerkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	Beatmung/ CPAP (Tubus oder Trachealkanüle), NO-Beatmung, Anlage von zentralvenösen Kathetern, arterielle Blutdruckmessung, zerebrale Sonografie, Bronchoskopie (in Zusammenarbeit mit der Kinderpulmologie), Dialyse in Zusammenarbeit mit den Kindernephrologen
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	in Zusammenarbeit mit den Kinderonkologen/ -hämatologen
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	in Zusammenarbeit mit den Kinderonkologen und den Kinderchirurgen (pränatale Konsile)
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Röntgen, Bronchoskopie, u. a. auch gemeinsam mit der Pulmologie), Schweißtest
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Sonografie, Zusammenarbeit mit Gastroenterologen und Uniklinik Hamburg als Transplantationszentrum
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	Sonografie, Röntgen, in Zusammenarbeit mit Gastroenterologen und den Kinderchirurgen
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	Labor, Sonografie, in Zusammenarbeit mit den Kinderendokrinologen, gemeinsam mit den Endokrinologen und Diabetologen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	Sonografie, MCU, MCS, in Zusammenarbeit mit den Kindernephrologen (auch pränatale Konsile)
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen	Sonografie
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Betreuung vor geplanter kombinierter Nieren- und Lebertransplantation
VK25	Neugeborenencreening	z.B. Hypothyreose, Adreno-genitales Syndrom, Galaktosämie (AGS)
VK29	Spezialsprechstunde	Frühgeborenen-sprechstunde, Schlaf-sprechstunde
VK31	Kinderchirurgie	
VK36	Neonatalogie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR42	Kinderradiologie	
VR02	Native Sonographie	

B-18.5 Fallzahlen Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Neonatologie und Intensivmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	416
Teilstationäre Fallzahl	102

B-18.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-18.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	P07	123	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert
2	Z09	28	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände außer bösartigen Neubildungen
3	P28	25	Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode
4	G12	14	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome
5	P59	10	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen
6	F10	9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
7	P37	8	Sonstige angeborene infektiöse und parasitäre Krankheiten
8	P70	8	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind
9	P22	6	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen
10	P39	6	Sonstige Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind

B-18.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**B-18.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS****B-18.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	416	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	8-711	284	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen
3	1-790	260	Polysomnographie
4	8-811	236	Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen
5	8-903	227	(Analgo-)Sedierung
6	8-831	219	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
7	8-010	193	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
8	9-262	178	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
9	8-015	174	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung
10	8-810	137	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen

B-18.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-706	111	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8-561	102	Funktionsorientierte physikalische Therapie
8-720	90	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen
8-560	104	Lichttherapie
8-701	102	Einfache endotracheale Intubation
8-800	80	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-98d	123	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
9-401	99	Psychosoziale Interventionen
9-500	114	Patientenschulung
8-016	122	Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung

B-18.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Neonatologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Nachuntersuchung von Frühgeborenen - Bayley Scale (VK00)

Frühgeborenenprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Neonatologie (VK36)

Pädiatrische Schlafambulanz	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Beratung bei Schlafstörungen
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)

B-18.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-18.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-18.11 Personelle Ausstattung**B-18.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 20,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 20,44226

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,33

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 49,93998

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF15	Intensivmedizin
ZF40	Sozialmedizin

B-18.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 277,33333

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 64,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	64,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	64,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 6,48682

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,33

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,33	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 124,92492

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 255,21472

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ06	Master
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ21	Casemanagement
PQ22	Intermediate Care Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP01	Basale Stimulation

B-18.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Den Eltern und Angehörigen stehen erfahrene Psychologinnen zur Seite.

B-19 Klinik für Neuropädiatrie

B-19.1 Allgemeine Angaben Klinik für Neuropädiatrie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Neuropädiatrie
Fachabteilungsschlüssel	1028
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Ulrich Brandl
Telefon	03641/9-329651
Fax	03641/9-329652

Chefärztin oder Chefarzt	
E-Mail	Ulrich.Brandl@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/neuropaediatric/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- interne Qualitätssicherung: wöchentlich zweimaliger Abgleich der Therapieansätze durch alle an der Therapie beteiligten Mitarbeiter
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums
- Mitarbeit bei Erstellung von Leitlinien (Epilepsie: Status epilepticus; Prof. Dr. med. Ulrich Brandl)
- Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Epileptologie (DGfE), Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Epilepsiechirurgie (Prof. Dr. med. Ulrich Brandl)
- Mitgliedschaft von fünf Ärzten in der Gesellschaft für klinische Neurophysiologie (DGKN)
- ESPED Erfassung
- Zertifiziertes neuromuskuläres Zentrum (gemeinsam mit Klinik für Neurologie), Zertifikat der DGM, Zertifiziertes TSC (Tuberöse Sklerose) Zentrum
- Mitaufnahme von Eltern (Z76 - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen - als häufigste Hauptdiagnose: 387 Mal)

B-19.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-19.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neuropädiatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neuropädiatrie	Kommentar
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	
VK25	Neugeborenencreening	
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK34	Neuropädiatrie	
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neuropädiatrie	Kommentar
VN00	Neuropädiatrie/ Funktionsdiagnostik	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	inklusive Epilepsiechirurgie
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	nur bei Epilepsie (Vagusnerv-Stimulatoren)
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN20	Spezialsprechstunde	Neuropädiatrie
VN23	Schmerztherapie	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	

B-19.5 Fallzahlen Klinik für Neuropädiatrie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	530
Teilstationäre Fallzahl	89

B-19.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-19.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	G40	105	Epilepsie
2	G12	50	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome
3	F83	24	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
4	F45	16	Somatoforme Störungen
5	F90	11	Hyperkinetische Störungen
6	Q85	10	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert
7	G93	9	Sonstige Krankheiten des Gehirns
8	R51	9	Kopfschmerz
9	G31	8	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert
10	G91	8	Hydrozephalus

B-19.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
G80	7	Infantile Zerebralparese
G35	5	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
G71	5	Primäre Myopathien
R29	5	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R26	4	Störungen des Ganges und der Mobilität
F84	< 4	Tief greifende Entwicklungsstörungen
G25	< 4	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G41	< 4	Status epilepticus

B-19.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-19.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	621	Elektroenzephalographie (EEG)
2	9-696	342	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen
3	1-208	247	Registrierung evozierter Potentiale
4	9-984	96	Pflegebedürftigkeit
5	1-204	64	Untersuchung des Liquorsystems
6	1-206	48	Neurographie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	1-902	47	Testpsychologische Diagnostik
8	1-900	32	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik
9	1-942	19	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik
10	9-686	10	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

B-19.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-945	< 4	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit
8-972	< 4	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie
9-201	< 4	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen
9-656	< 4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

B-19.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Neuropädiatrie/ Funktionsdiagnostik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen (VK17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)
Angebotene Leistung	Elektroenzephalografie (EEG) (VN00)
Angebotene Leistung	Neuropädiatrie (VK34)
Angebotene Leistung	ZNS-Sonografie (VN00)

Ambulanz Neuropädiatrie

Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Alleinstellungsmerkmal: Kopfschmerzzentrum weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM12 Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

Ambulanz Neuropädiatrie	
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes (VK27)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)
Angebotene Leistung	Neuropädiatrie (VK34)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VN23)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VN20)

Spezialsprechstunde Klinische Genetik/ Stoffwechselerkrankungen	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM04 Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien (VK21)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen (VK18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen (VK17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)

Sozialpädiatrisches Zentrum	
Ambulanzart	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V (AM03)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien (VK21)

Sozialpädiatrisches Zentrum	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener (VK22)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen (VK18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen (VK17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen (VK20)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)
Angebotene Leistung	enge Einbindung des Sozialdienstes (VK00)
Angebotene Leistung	Neuropädiatrie (VK34)
Angebotene Leistung	Pädiatrische Psychologie (VK28)
Angebotene Leistung	Sozialpädiatrisches Zentrum (VK35)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VN20)

B-19.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-19.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-19.11 Personelle Ausstattung

B-19.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,57	
Ambulant	5,51	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 115,97374

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,5	
Ambulant	4,46	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,96	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 212

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	3 Jahre Weiterbildungsermächtigung

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF27	Naturheilverfahren

B-19.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,37	
Ambulant	2,11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1432,43243

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,16

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,16	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,16	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 74,02235

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,83	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 638,55422

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,41	
Ambulant	0,51	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1292,68293

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	z. B. Überleitungspflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP26	Epilepsieberatung

B-19.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Das interdisziplinäre Behandlungsteam zeichnet sich durch die Expertise zweier Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen aus - ergänzt durch Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und einen Mitarbeiter des Sozialdienstes.

B-20 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

B-20.1 Allgemeine Angaben Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Fachabteilungsschlüssel	3000
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Florian Daniel Zepf
Telefon	03641/9-390501
Fax	03641/9-390502
E-Mail	kjpp@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Steiger 6
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/kjp/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- regelmäßige bundesweite Vergleiche der Patientenstrukturen nach Psych-PV
- regelmäßige interne Arbeitersitzungen und Weiterbildungen (Multiprofessionelles Team, Diagnostik-Konferenzen, Therapiekonferenzen, Fallbesprechungen, Gewährleistung des Facharztstandards, Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen)
- regelmäßige Fallvorstellungen innerhalb der Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS)
- regelmäßige OA-Besprechungen; regelmäßige interne und externe Supervisionen
- regelmäßige Fallbesprechung Kinderpsychiatrie/ Psychiatrie

B-20.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**Angaben zu Zielvereinbarungen**

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-20.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Kommentar
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	Kinder krebskranker Eltern Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch innerhalb der TAKS Transgender Säuglingssprechstunde
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	Psychosomatische/ Psychotherapeutische Jugendstation
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	ab 4. Lebensjahr (einschließlich Psychosomatik)
VP00	Tagesklinik und Psychiatrische Institutsambulanz in Kooperation mit der Ev. Lukas-Stiftung in Altenburg	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Kommentar
VP00	ADHS, Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch innerhalb der TAKS, Transgender	

B-20.5 Fallzahlen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	325
Teilstationäre Fallzahl	112

B-20.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-20.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F43	73	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
2	F32	72	Depressive Episode
3	F90	28	Hyperkinetische Störungen
4	F91	20	Störungen des Sozialverhaltens
5	F50	16	Essstörungen
6	F92	13	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
7	F33	12	Rezidivierende depressive Störung
8	F40	6	Phobische Störungen
9	F41	6	Andere Angststörungen
10	F94	6	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

B-20.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Es wurden keine Kompetenzdiagnosen ausgewählt.

B-20.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-20.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-696	8414	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen
2	9-983	466	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie
3	9-686	382	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
4	9-693	181	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
5	9-672	135	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	9-656	21	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
7	9-984	9	Pflegebedürftigkeit
8	9-634	< 4	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9	9-649	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen

B-20.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Es wurden keine Kompetenzprozeduren ausgewählt.

B-20.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	s.a. Leistungsspektrum in Kapitel B-20.3 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM02 Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34]
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebote Leistung	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)
Angebote Leistung	Essstörungen, Zwangs-/Angststörungen, Depressivität, Psychosomatik, Tic-Störungen/Tourette, Mutismus, Schulangst/Schulvermeidung, Schulleistungsstörungen, Kinder krebskranker Eltern (VP00)
Angebote Leistung	Spezialsprechstunde (VP12)

Psychiatrische Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebote Leistung	ADHS, Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch innerhalb der TAKS, Transgender (VP00)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebote Leistung	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)

B-20.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-20.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-20.11 Personelle Ausstattung

B-20.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,25	
Ambulant	1,47	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 31,70732

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,23	
Ambulant	0,51	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,74	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 76,83215

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	Tiefenpsychologie Kinder und Jugendliche Psychoanalyse Erwachsene

B-20.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,49	
Ambulant	0,71	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 130,52209

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 27,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 11,82248

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 79,26829

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,34	
Ambulant	0,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 242,53731

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement

B-20.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte: 5,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,92	
Ambulant	0,13	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,05	Fast alle Psychologen sind approbiert.
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 66,05691

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,31	
Ambulant	0,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 248,0916

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 2,57

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,5	
Ambulant	0,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,57	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 130

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 4,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,13	
Ambulant	0,89	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 103,83387

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,25	
Ambulant	0,35	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 260

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 4,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,95	
Ambulant	0,84	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 82,27848

B-21 Klinik für Neurochirurgie

B-21.1 Allgemeine Angaben Klinik für Neurochirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Neurochirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1700
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Rolf Kalff
Telefon	03641/9-323001
Fax	03641/9-323002
E-Mail	neurochirurgie@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/neurochirurgie/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Leitlinienmitarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (Prof. Dr. med. R. Kalff)
- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- wöchentliche Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz

- Erfassung sämtlicher stationärer Wirbelsäulen- und Schmerzpatienten in einem zentralen Auswerteregister (Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG) Register)
- Erfassung sämtlicher Patienten mit erfolgter kranialer Rekonstruktion im Deutschen Kranioplastieregister (GCRR)
- Erfassung sämtlicher Patienten mit einem behandelten zerebralen Riesenaneurysma im Giant Aneurysm Registry
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums

B-21.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-21.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurochirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurochirurgie	Kommentar
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VC70	Kinderneurochirurgie	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VC65	Wirbelsäulen Chirurgie	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurochirurgie	Kommentar
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis)	Diagnostik und Therapie
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	Diagnostik und Therapie
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	Diagnostik und Therapie
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	am Gehirnschädel
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	Diagnostik und Therapie
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	Diagnostik und Therapie
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	Diagnostik und Therapie
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	Diagnostik und Therapie
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie")	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	Diagnostik und Therapie
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	

B-21.5 Fallzahlen Klinik für Neurochirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1462
Teilstationäre Fallzahl	0

B-21.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-21.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M54	143	Rückenschmerzen
2	S06	129	Intrakranielle Verletzung
3	M51	120	Sonstige Bandscheibenschäden
4	M48	108	Sonstige Spondylopathien
5	C79	74	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
6	I61	72	Intrazerebrale Blutung
7	I62	59	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
8	S32	54	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
9	I67	50	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten
10	C71	45	Bösartige Neubildung des Gehirns

B-21.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
S22	40	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
G62	25	Sonstige Polyneuropathien
I60	30	Subarachnoidalblutung
D32	34	Gutartige Neubildung der Meningen
M50	29	Zervikale Bandscheibenschäden
S12	28	Fraktur im Bereich des Halses
M80	25	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
I63	23	Hirnfarkt
T85	26	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate
R90	21	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik des Zentralnervensystems

B-21.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-21.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-992	579	Intraoperative Anwendung der Verfahren
2	5-984	511	Mikrochirurgische Technik
3	5-010	497	Schädeleröffnung über die Kalotte
4	5-032	451	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
5	8-925	400	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring
6	5-83b	389	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule
7	5-831	370	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe
8	5-013	232	Inzision von Gehirn und Hirnhäuten
9	5-033	199	Inzision des Spinalkanals
10	5-988	182	Anwendung eines Navigationssystems

B-21.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-839	164	Andere Operationen an der Wirbelsäule
5-832	149	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
5-030	136	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule
5-021	135	Rekonstruktion der Hirnhäute
8-810	135	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
5-836	123	Spondylodese
8-631	117	Neurostimulation
5-015	114	Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe
5-022	114	Inzision am Liquorsystem
5-031	114	Zugang zur Brustwirbelsäule

B-21.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Wirbelsäulenzentrum	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telemedizin weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (VC45)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

Ambulanz Neurochirurgie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telemedizin weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark (VC46)
Angebotene Leistung	Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)
Angebotene Leistung	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels (VC47)
Angebotene Leistung	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

Neuroonkologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telemedizin weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis) (VC43)
Angebotene Leistung	Chirurgie der intraspinalen Tumoren (VC48)
Angebotene Leistung	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie (VC54)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)

Schmerzsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telemedizin weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)

Sprechstunde für funktionelle Neurochirurgie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telemedizin
Angebote Leistung	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie") (VC52)

Hypophysensprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telemedizin
Angebote Leistung	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis) (VC43)
Angebote Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)

Neurovaskuläre Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telemedizin
Angebote Leistung	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen (VC44)
Angebote Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)

B-21.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-056	7	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
2	5-399	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen
3	5-841	< 4	Operationen an Bändern der Hand

B-21.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-21.11 Personelle Ausstattung

B-21.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,89	
Ambulant	2,7	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,59	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 77,39545

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,31	
Ambulant	1,19	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 175,93261

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ41	Neurochirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF35	Psychoanalyse
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-21.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 29,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27,86	
Ambulant	1,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	29,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 52,47667

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 18275

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 427,48538

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,52	
Ambulant	0,75	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,27	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 580,15873

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ22	Intermediate Care Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege

B-21.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Eine Neuropsychologin ist Teil unseres Behandlungsteams.

B-22 Klinik für Neurologie**B-22.1 Allgemeine Angaben Klinik für Neurologie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Neurologie
Fachabteilungsschlüssel	2800
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Otto Wilhelm Witte
Telefon	03641/9-323401
Fax	03641/9-323402
E-Mail	Otto.Witte@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/neuro/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Die Schlaganfall-Einheit ist als "Überregionale Stroke Unit" nach den Kriterien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft zertifiziert; sie ist Mitglied der Schlaganfalldatenbank (Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland) Münster.
- Die Klinik nimmt an der externen Qualitätssicherung nach § 136 SGB V teil.
- Die Klinik ist Zentrum des Neurovaskulären Netzwerkes Thüringen.
- Ein telemedizinisches Schlaganfallbehandlungs- und Kommunikationsnetz (SATELIT) mit umliegenden Kliniken ist etabliert und wird stetig weiter ausgebaut.
- An der Klinik besteht ein interdisziplinäres Epilepsiezentrum (zertifiziert durch die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie) mit einem speziellen Monitoringbereich.
- An der Klinik besteht ein überregionales Multiple Sklerose Zentrum.

- Das Mitteldeutsche Kopfschmerzzentrum ist Teil der Klinik durch die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft zertifiziert (Level 3)
- Die Führung des Thüringer Muskelzentrums erfolgt durch die Klinik.
- An der Klinik besteht ein interdisziplinäres Schwindelzentrum.
- An der Klinik besteht ein interdisziplinäres Mb. Fabry Zentrum.
- An der Klinik besteht ein interdisziplinäres Gedächtniszentrum.
- An der Klinik besteht ein durch die Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin zertifiziertes Schlafmedizinisches Zentrum mit einem speziellen Monitoringbereich.
- Die Klinik engagiert sich im Projekt "Qualitätssicherung in der Intensivmedizin" - ein Projekt der LÄK Thüringen: <https://www.laek-thueringen.de/>.
- Die Klinik ist Mitglied im Zentrum für Seltene Erkrankungen.
- Die Klinik ist Mitglied im Zentrum für Gesundes Altern.
- Die Klinik betreibt einen Arbeitsbereich Neurogeriatrie.
- Patientengruppen, die in klinischen Studien behandelt werden:
 - Patienten mit Morbus Parkinson (BALANCE, OPTIPARK, PREXTON), Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose (LEVALS, LIPCALS), Epilepsiepatienten (ZEDEBAC), Schlaganfallpatienten (MonDAFIS, , Respect-ESUS, TRAM; GLORIA-AF), Kopfschmerzpatienten (CGAH; CGAM , SPG Stimulation) und Patienten mit Multipler Sklerose (BAF, TEVA, ESTEEM, Pangaea, TOP, Pangaea Pangaea 2.0; TAURUS, ZEUS)
- Es erfolgt die Mitarbeit im Vorstand im Kompetenznetz Schlaganfall, in der Stiftung Schlaganfallhilfe sowie in der Thüringer Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie.
- Das Labor für Klinische Neurophysiologie ist als Ausbildungsstätte der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (DGKN) für EEG, EMG und Evozierte Potenziale anerkannt.
- Das Ultraschalllabor ist als Ausbildungsstätte für "Spezielle Neurologische Ultraschalldiagnostik" nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) und der DGKN anerkannt.
- Am Klinikum besteht unter aktiver Mitarbeit der Klinik für Neurologie ein interdisziplinäres Gefäßzentrum, welches von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) zertifiziert wurde.
- Es besteht die Weiterbildungsermächtigung für die Zusatzweiterbildung Geriatrie (12 Monate).

B-22.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-22.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurologie	Kommentar
VN15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	im Rahmen der schlafmedizinischen Diagnostik und Therapie des obstruktiven Schlafapnoesyndroms
VN23	Schmerztherapie	Diagnostik und Therapie von Schmerzsyndromen, multimodales Schmerzprogramm
VN22	Schlafmedizin	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen, stationäre Polysomnografie und ambulante Polysomnografie
VN21	Neurologische Frührehabilitation	Komplexgeriatriische Frührehabilitation gemeinsam mit dem Institut für Physiotherapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurologie	Kommentar
VN20	Spezialsprechstunde	Ambulanz für: Allgemeine Neurologie, Epilepsie, Bewegungsstörungen und Tiefe Hirnstimulation, Botulinumtoxintherapie, Multiple Sklerose, neurologische Schmerzen, neuromuskuläre und Motoneuronerkrankungen, Schlafstörungen, Gedächtnisstörungen, Schwindel und Gangstörungen, neurovaskuläre Erkrankungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	geriatrische Frührehabilitation
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	neurologische Intensivstation mit 10 Beatmungsbetten
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	Behandlung u.a. als Teil des Thüringer Muskel-Zentrums mit Schwerpunkt Amyotrophe Lateralsklerose
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	Behandlung u. a. im Rahmen des überregionalen Multiple-Sklerose-Zentrums
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Behandlung u. a. als Teil des Thüringer Muskel-Zentrums mit Schwerpunkt Amyotrophe Lateralsklerose
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	Mitglied im Kompetenznetzwerk Parkinson, Parkinsonkomplexbehandlung
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	Parkinsonkomplexbehandlung
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	zur Therapie von Morbus Parkinson, Tremor, Dystonie
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	enge Interaktion mit der Klinik für Neurochirurgie im gleichen Haus
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	enge Interaktion mit der Klinik für Neurochirurgie im gleichen Haus
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	24 h EEG-Videomonitoring, prächirurgische Abklärung Erwachsene und Kinder, Vagusnervstimulation
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	einschließlich innovativer Techniken und Therapien (neue Medikamente, Immunadsorption, Plasmapherese u. a.), Behandlung u. a. im Rahmen des überregionalen Multiple-Sklerose-Zentrums
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	Möglichkeit der normal- und intensivstationären Versorgung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Neurologie	Kommentar
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	Interventionelle und chirurgische Behandlung von Gefäßstenosen und -missbildungen (in Zusammenarbeit mit der Neuroradiologie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie)
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - 24 h MRT und Thrombolyse- sowie Thrombektomiemöglichkeit, Behandlung auf überregional zertifizierter Stroke-Unit, weit überdurchschnittlich hohe Thrombolyserate - geriatrische und neurologische Frührehabilitation
VN24	Stroke Unit	Zertifizierung als "Überregionale Stroke Unit"
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Diagnostik und Therapie von kognitiven Leistungsminderungen, ambulant und stationär

B-22.5 Fallzahlen Klinik für Neurologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3720
Teilstationäre Fallzahl	2498

B-22.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-22.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	560	Hirnfarkt
2	G20	325	Primäres Parkinson-Syndrom
3	G47	305	Schlafstörungen
4	G12	236	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome
5	G40	233	Epilepsie
6	G45	209	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
7	G35	145	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
8	G25	101	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
9	G61	99	Polyneuritis
10	G04	81	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis

B-22.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
J96	81	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
G62	74	Sonstige Polyneuropathien
R20	47	Sensibilitätsstörungen der Haut
I65	44	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt
G41	34	Status epilepticus

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
R26	30	Störungen des Ganges und der Mobilität
R42	26	Schwindel und Taumel
G71	43	Primäre Myopathien
G24	35	Dystonie
G70	24	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten

B-22.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-22.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-206	5944	Neurographie
2	3-035	3261	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
3	1-208	3258	Registrierung evozierter Potentiale
4	1-205	2128	Elektromyographie (EMG)
5	1-207	1129	Elektroenzephalographie (EEG)
6	1-204	1044	Untersuchung des Liquorsystems
7	8-717	923	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
8	8-981	681	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
9	1-790	647	Polysomnographie
10	8-547	494	Andere Immuntherapie

B-22.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8-98f	401	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
1-791	230	Kardiorespiratorische Polygraphie
8-97d	161	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom
8-821	35	Immunadsorption und verwandte Verfahren
1-210	26	Nicht invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Klärung eines Verdachts auf Epilepsie oder einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation
8-820	25	Therapeutische Plasmapherese
8-972	8	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie
8-550	5	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
1-202	< 4	Diagnostik zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls
5-056	< 4	Neurolyse und Dekompression eines Nerven

B-22.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz des Thüringer Muskelzentrums	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)

Ambulanz Neurologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Behandlungen erfolgen ggf. im Mitteldeutschen Kopfschmerzzentrum, im Multiple Sklerose Zentrum oder im Interdisziplinären Schlaflabor weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns (VN07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns (VN06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)
Angebotene Leistung	Neurologische Frührehabilitation (VN21)
Angebotene Leistung	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin (VN18)
Angebotene Leistung	Schlafmedizin (VN22)
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VN23)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VN20)

Dopplersonografie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Extra- u. intrakranielle Duplexsonografie, Emboliedetektion, Dopplersonografie, Detektion Halophänome, Hirnstammeurteilung, Nerven- u. Muskelsonographie weitere Abrechnungsarten: AM11 vor-/ nachstationäre Leistgn. §115a SGBV AM17 amb. spezialfachärztl. Vers. §116b SGBV [LK29, LK33, LK35, LK36]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)

Mitteldeutsches Kopfschmerzzentrum	
Ambulanzart	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V (AM12)
Kommentar	Integrierte Kopfschmerzbehandlung weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Schmerztherapie (VN23)

Multiple Sklerose Zentrum (DMSG zertifiziert)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	u.a. secondline Therapien (Natalizumab etc.)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04)

Neurophysiologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Elektroenzephalographie, Elektromyographie, Evozierte Potentiale, Evozierte Muskelpotentiale, Elektroneurographie, Kalorik, Videobasierter Kopfpulstest, Videonystagmografie, Autonome Testung, Riechtest, Tremoranalyse, Blinkreflex, Hautbiopsien zur Frage Small Fiber Neuropathie
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)

Schlafmedizinisches Zentrum	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	u. a. ambulante Polygraphie, Pupillographie
Angebotene Leistung	Schlafmedizin (VN22)

Spezialsprechstunde Bewegungsstörungen	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	u.a. Bewegungsmonitoring und Analyse, L-Dopa Pumpen, Apomorphinpumpen, Tiefe Hirnstimulation, Ambulante kinetographiegestützte Parkinsontherapie
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)

Spezialsprechstunde Botulinumtoxin-Therapie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	u. a. Diagnostik und Therapie von Spastik und Sialorrhoe
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)

Spezialsprechstunde Epilepsie (DGsE zertifiziert)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	u. a. Langzeit-EEG, Magnetenzephalographie (MEG)
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation (VN09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)

Spezialsprechstunde Gedächtnisstörungen	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	u. a. neuropsychologische Testungen weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10)

Spezialsprechstunde Neuroimmunologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)

Spezialsprechstunde Neurovaskuläre Erkrankungen	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)

Spezialsprechstunde Schlafstörungen	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Schlafmedizin (VN22)

Spezialsprechstunde Schwindel- und Gangstörungen	
Ambulanzart	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V (AM12)
Kommentar	u.a. Elektro- und Videonystagmografie, Kalorik, vestibulär evozierte Muskelpotentiale weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10)
Angebotene Leistung	Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07)

B-22.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-22.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-22.11 Personelle Ausstattung**B-22.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 42,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	34,28	
Ambulant	7,75	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	42,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 108,51809

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 18,93

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,54	
Ambulant	3,39	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,93	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 239,38224

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ02	Anatomie	
AQ42	Neurologie	Volle Weiterbildungsberechtigung zum Facharzt für Neurologie und ZB neurologische Intensivmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF39	Schlafmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-22.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 62,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	61,67	
Ambulant	0,81	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	62,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 60,32106

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,98	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1248,32215

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,75

Kommentar: Unsere Pflegeassistenten werden in einer einjährigen Maßnahme dazu qualifiziert.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2125,71429

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 663,1016

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,74	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,74	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2137,93103

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 10,94

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,03	
Ambulant	1,91	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 411,96013

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	teilweise über Schulung Expertenstandard, keine Qualifikation
ZP20	Palliative Care	
ZP29	Stroke Unit Care	
ZP30	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)	
ZP31	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie	

B-23 Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik

B-23.1 Allgemeine Angaben Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik
Fachabteilungsschlüssel	2900 3100
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Martin Walter
Telefon	03641/9-390101
Fax	03641/9-390102
E-Mail	psychiatrie@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Philosophenweg 3
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/psychiatrie/

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Karl-Jürgen Bär
Telefon	03641/9-390201
Fax	03641/9-390202
E-Mail	Karl-Juergen.Baer@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Philosophenweg 3
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/psychosomatik/

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor der Klinik für Gerontopsychiatrie
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Karl-Jürgen Bär
Telefon	03641/9-390201
Fax	03641/9-390202
E-Mail	Karl-Juergen.Baer@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Philosophenweg 3
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/gerontopsychiatrie/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- regelmäßige bundesweite Vergleiche der Patientenstruktur nach PsychPV
- regelmäßige interne Mitarbeiterbesprechungen und Weiterbildungen (multiprofessionelles Team, Fallbesprechungen, Diagnose- und Therapiekonferenzen, Gewährleistung des Facharztstandards)
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums
- regelmäßige Fall- und Teamsupervisionen der ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter aber auch ganzer Stationsteams durch interne und externe Supervisoren
- Tätigkeit von Mitarbeitern in verschiedenen gemeindepsychiatrischen Institutionen
- Aktivitäten von Mitarbeitern im gemeindepsychiatrischen Verbund, Beschwerdestelle Psychiatrie und im Netzwerk Frühe Hilfen
- regelmäßige Besprechungen mit dem Sozialpsychiatrischem Dienst der Stadt Jena und den niedergelassenen fachärztlichen Kollegen zur Verbesserung der gegenseitigen Zusammenarbeit
- Aktivitäten der Mitarbeiter in Fachgesellschaften wie z.B. der DGPPN und der Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Landesärztekammer (Fortbildungen und Vorträge, Mitarbeit im Suchtausschuss, Vertrauensärzte der LÄKT)

- regemäßiger Ausrichtung der mehrfach jährlich stattfindenden Facharztcurricula der Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie
- regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter im Deeskalationsmanagement durch eigene Deeskalationstrainer
- Erfassung von Übergriffen auf das Personal mit entsprechender Diskussion zur Verbesserung, Durchführung eines entsprechenden Procederes nach Übergriffen
- Schulung der Mitarbeiter und Formulierung einer ausführlichen Leitlinie zum Thema Fixierung, ausführliche Dokumentation von Fixierungen
- Prüfung der Durchführung von Unterbringungen durch die Besuchskommission des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit nach §24 des ThürPsychKG

B-23.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----

B-23.3 Medizinische Leistungsangebote Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik	Kommentar
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	auf allen Stationen und in allen Tageskliniken mit besonderem Therapieschwerpunkt auf verhaltenstherapeutischer Station für affektive Erkrankungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	auf geschützter Station, gerontopsychiatrische Station und gerontopsychiatrische Tagesklinik
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	auf geschützter Station, Verhaltenstherapiestation mit Schwerpunkt Angst- und Zwangsstörungen, verhaltenstherapeutischer Station für affektive Störungen, Kriseninterventionsstation, Tageskliniken
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	auf allen Stationen, insbes. geschützter Station, verhaltenstherapeutischen Stationen, Kriseninterventionsstation, Psychosomatik, Tageskliniken
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	auf allen Stationen, insbes. aber auf der Station für Abhängigkeitserkrankungen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	auf allen Stationen und in allen Tageskliniken mit besonderem Therapieschwerpunkt auf der Station für Psychosen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Essstörungen auf geschützter Station, Verhaltenstherapiestationen und in Psychosomatik, Tageskliniken
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik Gerontopsychiatrische Tagesklinik Psychiatrische Eltern-Kind-Tagesklinik Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen Psychosomatische Tagesklinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik	Kommentar
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	Insbes. im AB Psychosomatik
VP12	Spezialsprechstunde	Schmerzsprechstunde, Gedächtnis-sprechstunde Tägliche Notfallsprechstunde Sprechstunden für - peripartale psychische Störungen - Borderline-Persönlichkeitsstörungen - Autismus-Spektrum-Störungen - ADHS - metamphetaminbezogene Störungen - therapieresistente Depressionen
VP00	Gruppentherapie Station 210	je 2 x/ Woche: Depressionsgruppe, soziales Kompetenztraining, euthyme Therapie
VP00	Gruppentherapie Station 220	- achtsamkeitsbasierte Gruppe (2 x/ Woche) - interaktionelle Gruppe (je 1 x/ Woche)
VP00	Gruppentherapie Station 120	je 2 x/ Woche: Zwangsgruppe, Angstgruppe, soziales Kompetenztraining, euthyme Therapie
VP00	Konzeptintegrierte differenzierte systematische Betreuung durch Sozialdienst (4,38 VK)	alle Stationen und Tageskliniken, PIA
VP00	Konzeptintegrierte differenzierte systematische Ergotherapie (4,35 VK)	alle Stationen und Tageskliniken, PIA
VP00	Konzeptintegrierte differenzierte systematische Entspannungstherapien (Progressive Muskelrelaxation, Yoga, Autogenes Training) durch Motopädin	Alle Stationen außer Akutstation, Tageskliniken, PIA
VP00	Konzeptintegrierte differenzierte systematische Sport- und Bewegungstherapie durch Diplomsporwissenschaftler	Alle Stationen außer Akutstation, Tageskliniken, PIA
VP00	Lichttherapie	auf Station 210 (kann für Patienten aller anderen Stationen mitgenutzt werden) und in PIA, jeweils nach Indikation und Verordnung
VP00	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	auf allen Stationen indikativ und individuell über Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal als Angehörigengespräche
VP00	Tiergestützte Therapie	2 x/ Monat gerontopsychiatrische Station
VP00	Neuropsychologische- und Persönlichkeitsdiagnostik	nach Indikation auf allen Stationen
VP00	Elektrokrampftherapie	150 Behandlungen bei ca. 35 Patienten
VP00	Psychoedukation	in Gruppen auf allen Stationen (außer 100 und 111) - 1x/ Woche: 120, 220, 221 - 2x/ Woche: 121, 210 oder - 8x/ Woche: 110; Suchtgefährdung darüber hinaus 1x/ Woche in der Tagesklinik und in der Psychiatrischen Institutsambulanz

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik	Kommentar
VP00	Behandlung psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern (Babys) in der Mutter- Kind- Behandlungseinheit mit systematischer Förderung der Mutter-Kind-Interaktion	3 Behandlungsplätze in der Mutter- Kind- Behandlungseinheit verhaltenstherapeutischen Depressionsstation 5 Tagesklinische Behandlungsplätze in der Eltern-Kind-Tagesklinik
VP00	Psychotherapeutische Einzelbehandlung	- Stationen 100, 110, 120, 220, 221, sowie Tageskliniken 1 und 2: indikativ und supportiv, nach Krankheits-schweregrad und Motivation - Stationen 121, S210 sowie Eltern/Kind-Tagesklinik: verhaltenstherapeutisch - orientiert, 2x/Patient und Woche - Station 111: 2x30 Minuten/Patient und Woche
VP00	Gruppentherapie PIA	Skillsgruppe (2 x/ Woche) Kontaktgruppe (1x/Woche) Freizeitgruppe (1x/Woche) Eltern-Kind-Gruppe (1x/Woche)
VP00	Gruppentherapie Station 111 (Psychosomatik)	psychoanalytisch orientierte Gruppe (3 x/ Woche), kommunikative Bewegungstherapie (1 x/ Woche), Musiktherapie (2-3 x/ Woche)
VP00	Psychotherapeutische Komplexbehandlung	Stationen 121 und 210

B-23.5 Fallzahlen Department für Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Psychosomatik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2037
Teilstationäre Fallzahl	746

B-23.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-23.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	398	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	F33	255	Rezidivierende depressive Störung
3	F20	142	Schizophrenie
4	F32	141	Depressive Episode
5	F43	83	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
6	F31	68	Bipolare affektive Störung
7	F15	61	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzen, einschließlich Koffein
8	F12	52	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
9	F42	49	Zwangsstörung
10	F60	47	Spezifische Persönlichkeitsstörungen

B-23.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
F25	41	Schizoaffektive Störungen
F23	32	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F50	32	Essstörungen
F40	27	Phobische Störungen
F45	26	Somatoforme Störungen
F41	24	Andere Angststörungen
F11	11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F05	9	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F13	9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F61	6	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
G30	6	Alzheimer-Krankheit

B-23.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-23.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-607	3266	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
2	9-626	1097	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-617	590	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
4	9-618	469	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
5	9-634	454	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
6	9-647	421	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
7	9-645	196	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
8	9-640	177	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9	8-630	93	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]
10	9-619	70	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
11	9-641	59	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
12	9-643	40	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)
13	1-900	21	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
14	1-204	19	Untersuchung des Liquorsystems
15	6-006	19	Applikation von Medikamenten, Liste 6
16	9-61a	11	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen
17	5-208	< 4	Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres
18	6-007	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 7
19	8-810	< 4	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
20	9-61b	< 4	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen
21	9-656	< 4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
22	9-696	< 4	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen

B-23.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9-641	59	Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-643	40	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)
1-900	21	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik
1-204	19	Untersuchung des Liquorsystems
9-61a	11	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen
5-208	< 4	Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres
9-61b	< 4	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen

B-23.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeinpsychiatrische Ambulanz	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Therapie relevanter psychiatrischer Störungen entsprechend den Versorgungsschwerpunkten weitere Abrechnungsarten: AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach §115a SGBV AM17 amb. spezialfachärztl. Vers. nach §116b SGBV [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angebotene Leistung	Behandlung psychiatrischer Notfälle und konsiliarisch psychiatrische Behandlung transportfähiger Patienten des Klinikums (VP00)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)

Allgemeinpsychiatrische Ambulanz	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Störungen der Interaktion von psychisch erkrankten Müttern und ihren Babys (VP00)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VP12)

Psychosomatische Sprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Essstörung, psychosom. u. neurotischen Erkrankungen amb./ tiefenpsycholog. fundierte u. psychoanal. Psychotherapie Diagnostik für stationäre/ psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie weitere Abrechnungsarten: AM17 amb. spezialfachärztl. Vers. nach §116b SGBV [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)

Verhaltenstherapie-Ambulanz	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)

Psychiatrische Institutsambulanz	
Ambulanzart	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
Kommentar	Zielgruppe: Patienten mit chron. und schweren psychiatr. Störungen kontinuierliche Betreuung durch multiprofessionelles Team Verkürzung, Vermeidung von Krankenhausaufenthalten Diagnostik u. Therapie sämtlicher relevanter psychiatr. Störungen umfangreiches spezifisches Gruppentherapieangebot s.o.

Psychiatrische Institutsambulanz	
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)

B-23.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-23.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-23.11 Personelle Ausstattung

B-23.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 27,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,97	
Ambulant	6,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 97,13877

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,39	
Ambulant	2,24	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 242,78903

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	davon Kollegen mit Zusatzqualifikation: Psychiatrische Geriatrie, Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie (DGPPN-Zertifikat wie AQ52), Supervisoren für Psychotherapeutische Weiterbildung, Gruppenleiter Interaktionelle Fallarbeit
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	davon Kollegin mit der Zusatzqualifikation Gruppentherapie (DAGG) und Kommunikative Bewegungstherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF14	Infektiologie	Hygienebeauftragter Arzt
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-23.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 83,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	82,76	
Ambulant	1,23	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	83,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 24,61334

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 50925

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 519,64286

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 223,11062

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,63	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 3233,33333

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,73	
Ambulant	0,14	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2790,41096

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP24	Deeskalationstraining	
ZP25	Gerontopsychiatrie	

B-23.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen**

Anzahl Vollkräfte: 12,95

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,15	
Ambulant	3,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,2	
Nicht Direkt	1,75	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 222,62295

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 2,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,74	
Ambulant	0,97	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1170,68966

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)

Anzahl Vollkräfte: 5,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,72	
Ambulant	2,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 547,58065

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 11,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,62	
Ambulant	1,41	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,51	
Nicht Direkt	5,52	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 211,74636

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 3,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,16	
Ambulant	0,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,12	
Nicht Direkt	1,58	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 644,62025

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 8,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,31	
Ambulant	1,04	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,82	
Nicht Direkt	2,53	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 278,65937

Weitere Therapeuten:

- SporttherapeutIn (M.A. Sportwissenschaft)
- Musiktherapeuten (Musiktherapie B.A. FH; 2 Kollegen)
- Tanztherapeutin

B-24 Klinik für Nuklearmedizin

B-24.1 Allgemeine Angaben Klinik für Nuklearmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Nuklearmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Martin Freesmeyer
Telefon	03641/9-329801
Fax	03641/9-329802
E-Mail	nuklearmedizin@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/nuklearmedizin/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Kooperationspartner interdisziplinärer Zentren
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>

B-24.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-24.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Nuklearmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Nuklearmedizin	Kommentar
VR02	Native Sonographie	Schilddrüsen-sonographie, Athrosonographie (Vorbereitung RSO)
VR00	Radiojodtest	
VR00	Radioimmuntherapien	
VR00	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Nuklearmedizin	Kommentar
VR40	Spezialsprechstunde	Tumornachsorge, Therapiekontrolle
VR39	Radiojodtherapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR18	Szintigraphie	Szintigraphische Untersuchungen aller Organe
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR00	Radiosynoviorthesen aller Gelenke	
VR00	Schmerztherapie bei Skelettmetastasen	

B-24.5 Fallzahlen Klinik für Nuklearmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	880
Teilstationäre Fallzahl	0

B-24.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-24.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	E05	430	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]
2	C73	109	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
3	C22	108	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
4	E04	98	Sonstige nichttoxische Struma
5	C78	54	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
6	C61	32	Bösartige Neubildung der Prostata
7	C17	19	Bösartige Neubildung des Dünndarmes
8	C25	7	Bösartige Neubildung des Pankreas
9	D44	6	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der endokrinen Drüsen
10	C34	5	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge

B-24.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C74	4	Bösartige Neubildung der Nebenniere
C16	< 4	Bösartige Neubildung des Magens

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C44	< 4	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C70	< 4	Bösartige Neubildung der Meningen
D32	< 4	Gutartige Neubildung der Meningen
I25	< 4	Chronische ischämische Herzkrankheit

B-24.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-24.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-994	2748	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik
2	3-990	2483	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3	3-993	1681	Quantitative Bestimmung von Parametern
4	3-752	1026	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes
5	3-724	952	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie
6	3-70c	632	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik
7	3-701	570	Szintigraphie der Schilddrüse
8	8-531	563	Radiojodtherapie
9	3-721	559	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens
10	3-997	535	Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten

B-24.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
3-998	476	Serieller Vergleich von mehr als zwei PET- oder PET/CT-Untersuchungen
3-705	372	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems
3-753	359	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des ganzen Körpers
3-704	279	Radionuklidventrikulographie des Herzens
3-722	242	Single-Photon-Emissionscomputertomographie der Lunge
3-706	224	Szintigraphie der Nieren
3-740	211	Positronenemissionstomographie des Gehirns
3-709	196	Szintigraphie des Lymphsystems
8-530	171	Therapie mit offenen Radionukliden
3-995	133	Dosimetrie zur Therapieplanung

B-24.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nuklearmedizinische Ambulanz	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz AM10 Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung n. § 116b SGB V [LK29, LK35, LK36]

Nuklearmedizinische Ambulanz	
Angebotene Leistung	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) (VR00)
	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) (VR19)
	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen (VR21)
	Szintigraphie (VR18)
	Therapie mit offenen Radionukliden (VR38)

B-24.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-24.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-24.11 Personelle Ausstattung

B-24.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,5	
Ambulant	0,92	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 117,33333

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,47	
Ambulant	0,35	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,82	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 253,60231

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ44	Nuklearmedizin
AQ54	Radiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

B-24.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,47

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,47	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 196,86801

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 880

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,51	

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 582,78146

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-25 Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

B-25.1 Allgemeine Angaben Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
Fachabteilungsschlüssel	3300
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktorin
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andrea Wittig-Sauerwein
Telefon	03641/9-32 84 01
Fax	03641/9-32 84 01
E-Mail	andrea.wittig@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Bachstraße 18
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/strahlenklinik/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums UTCJena (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>) sowie des Darmzentrums des SHLK Weimar und Zusammenarbeit mit dem SRH-Burgenland-Klinikum Naumburg (telemedizinische Tumorkonferenz)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums UTC; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- Beteiligung an überregionalen Evaluationen von Behandlungsergebnissen im Rahmen von Studien
- Überprüfung durch die Ärztliche Stelle der Landesärztekammer Thüringen für Qualitätssicherung lt. § 16 (3) Röntgenverordnung und § 83 Abs. 1 der Strahlenschutzverordnung alle drei Jahre, Prüfung am 09.03.2016 und 19.07.2019 ohne Mängel

- Bedarf von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: barrierefreie Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Zugang für Rollstuhlfahrer über Rampe möglich, Rollstuhl-gerechte Sanitäranlagen, im ambulanten Bereich Begleitung durch individuelle Bezugsperson möglich, im stationären Bereich nach Absprache
- diätetische Angebote in sehr weitem Umfang vorhanden
- Fremdsprachen: Telefon- und Präsenz-Dolmetscherdienste können vermittelt werden, vor Ort fremdsprachliches Personal vorhanden (deutsch, englisch, polnisch, rumänisch, italienisch)

B-25.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-25.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	Kommentar
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	im Rahmen der Bestrahlungsplanung, Verifikation
VR10	Computertomographie (CT), nativ	Bestrahlungsplanung
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Bildfusion mit CT zur Bestrahlungsplanung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Bestrahlungsplanung
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) stereotaktische Radiochirurgie/ Radiotherapie Ganzkörperbestrahlung Tomotherapie mit bildgeführter Therapie
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	dreidimensionale Bestrahlungsplanung mit Möglichkeit der Einbindung von Magnetresonanztomografie (MRT) und Positronenemissionstomografie (PET)
VR40	Spezialsprechstunde	interdisziplinäre Konferenzen mit den Kliniken für Frauenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie, Hämatonkologie und internistische Onkologie, Neurochirurgie, Pulmonologie/ Thoraxchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Dermatologie und Urologie
VR00	Atem-Gesteuerte Bestrahlung	z.B. bei Lungen-Metastasen, Brusttumoren oder Leberbestrahlung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	Kommentar
VR00	Stereotaktische Bestrahlung (Einzeit und fraktioniert)	

B-25.5 Fallzahlen Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	816
Teilstationäre Fallzahl	22

B-25.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-25.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C79	106	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
2	C20	89	Bösartige Neubildung des Rektums
3	C53	68	Bösartige Neubildung der Cervix uteri
4	C34	62	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
5	C15	52	Bösartige Neubildung des Ösophagus
6	C13	50	Bösartige Neubildung des Hypopharynx
7	C71	37	Bösartige Neubildung des Gehirns
8	C21	32	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals
9	C25	28	Bösartige Neubildung des Pankreas
10	C32	26	Bösartige Neubildung des Larynx

B-25.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
C44	25	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C01	20	Bösartige Neubildung des Zungengrundes
C09	19	Bösartige Neubildung der Tonsille
C04	14	Bösartige Neubildung des Mundbodens
C22	14	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C02	12	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
C10	11	Bösartige Neubildung des Oropharynx
C49	10	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
C23	9	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24	7	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege

B-25.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-25.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-522	5461	Hochvoltstrahlentherapie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
2	8-527	2144	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
3	8-542	480	Nicht komplexe Chemotherapie
4	8-529	324	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
5	8-525	236	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
6	8-528	201	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
7	9-984	145	Pflegebedürftigkeit
8	8-524	122	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
9	8-523	82	Andere Hochvoltstrahlentherapie
10	8-800	43	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

B-25.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6-002	30	Applikation von Medikamenten, Liste 2
6-001	7	Applikation von Medikamenten, Liste 1
8-547	7	Andere Immuntherapie
8-810	6	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen
5-273	4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle
6-009	4	Applikation von Medikamenten, Liste 9
8-982	4	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
9-200	4	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
3-05d	< 4	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane
9-401	< 4	Psychosoziale Interventionen

B-25.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Strahlentherapie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Telemedizin weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz AM10 Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK34, LK36]
Angebotene Leistung	Atem-Gesteuerte Bestrahlung (VR00)
Angebotene Leistung	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie (VR37)
Angebotene Leistung	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie (VR36)
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebotene Leistung	Hochvoltstrahlentherapie (VR32)

Strahlentherapie	
Angeborene Leistung	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie (VR35)
Angeborene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angeborene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
Angeborene Leistung	Oberflächenstrahlentherapie (VR30)
Angeborene Leistung	Orthovoltstrahlentherapie (VR31)
Angeborene Leistung	Spezialsprechstunde (VR40)
Angeborene Leistung	Stereotaktische Bestrahlung (Einzeit und fraktioniert) (VR00)

B-25.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-25.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-25.11 Personelle Ausstattung

B-25.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,27	
Ambulant	2,09	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,36	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 112,24209

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,82	
Ambulant	0,94	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 213,61257

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ58	Strahlentherapie
AQ54	Radiologie

B-25.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 16,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,15	
Ambulant	1,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 53,86139

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 816

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,06

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,06	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 769,81132

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,76	
Ambulant	0,24	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1073,68421

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ07	Pflege in der Onkologie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP01	Basale Stimulation	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP20	Palliative Care	

B-26 Klinik für Urologie

B-26.1 Allgemeine Angaben Klinik für Urologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik für Urologie
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Marc-Oliver Grimm
Telefon	03641/9-329901
Fax	03641/9-329902
E-Mail	Nora.Hesse@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/urologie/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Qualitätszertifikat des European Board of Urology
- Mitglied des Transplantationszentrums
- Patientenkollektive, die mit hohem Anteil in Studien involviert sind: Metastasiertes Nierenzellkarzinom, Prostatakarzinom, Harnblasenkarzinom
- Betreuung ausgewählter onkologischer Patienten im Rahmen multizentrischer Studien
- Erstellung der deutschen Leitlinien Organentnahme
- paritätische Leitung des Beckenbodenzentrums des UKJ in Interdisziplinarität mit der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Prof. Dr. med. M.- O. Grimm)
- Mitglied im Reproduktionszentrum des UKJ
- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum und Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Tumorboard im Rahmen des UniversitätsTumorCentrums (s.a. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>)
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums
- Mitarbeit in folgenden Fachgesellschaften:
 - Mitglied der S3-Leitliniengruppe Prostatakarzinom
 - Mitglied der S3-Leitliniengruppe Blasenkarzinom
 - Mitglied der Deutschen Krebsgesellschaft
 - Mitglied des Arbeitskreises Onkologie der deutschen Gesellschaft für Urologie sowie der Arbeitsgemeinschaft urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft, Mitteldeutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Stiftung Organtransplantation - DSO, Thüringer Gesellschaft für Onkologie, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Arbeitskreis Nierentransplantation der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Deutsche Transplantationsgesellschaft
- von LÄK Thüringen zertifizierte regelmäßige Fortbildungen für niedergelassene Urologen

B-26.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-26.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Urologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Urologie	Kommentar
VG16	Urogynäkologie	Interdisziplinäre paritätische Leitung des Beckenboden-Zentrums des UKJ

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Urologie	Kommentar
VU16	Nierentransplantation	Durchführung der Leichennieren- und Lebendspendetransplantationen im Rahmen des Eurotransplant-Verbundes und perioperativer Möglichkeit der Dialysebehandlung (VU 15)
VU15	Dialyse	Dialysezentrum und Betreuung niereninsuffizienter Patienten
VU14	Spezialsprechstunde	Nierentransplantation, Andrologie, Harnsteinleiden, Kinderurologie, Neurourologie, Inkontinenzsprechstunde, Urologische Tumorsprechstunden (Niere, metastasierter Nierentumor, Harnblase, Prostata, Genitale), Urogynäkologie, Medikamentenstudien
VU13	Tumorchirurgie	Nerverhaltung bei radikaler Entfernung von Prostata bzw. Harnblase Nerverhaltung bei radikaler Entfernung von Prostata bzw. Harnblase perkutane sonographisch gestützte Tumorbiopsie der Niere
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	gesamte Palette endoskopischer Eingriffe für Diagnostik und Therapie Lasertherapie der gutartigen Prostatavergrößerung
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	vorzugsweise Nieren- und Nebennierenchirurgie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	gesamtes Spektrum urologisch rekonstruktiver Operationen
VU17	Prostatazentrum	Etablierung eines Prostatazentrums nach den Kriterien der DKG; Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms mit allen Strukturen eines universitären Organtumorzentrums (in Zertifizierung)
VU09	Neuro-Urologie	Diagnostik & Therapie incl. Anwendung von Botulinum-Toxin & elektrophysiologischer Verfahren. Temporäre & dauerhafte Implantation von Neuromodulationssystemen bei neurogener Blasenfunktionsstörung, Betreuung von querschnittsgelähmten Patienten mit Neurostimulatoren "Brindley"
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	Urogynäkologie
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	komplettes Spektrum benignen und malignen Erkrankungen sowie plastisch rekonstruktive Eingriffe (u. a. mikrochirurgisch) und prothetischer Ersatz (Penis, Hoden), Gewinnung von Spermienzellen zur assistierten Fertilisierung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Urologie	Kommentar
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	vorzugsweise des harnableitenden Systems inklusiv Implantation künstlicher Verschlussysteme bei Inkontinenz (weniger des uropoetischen Systems)
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	mit Überschneidungen zur Nephrologie im Bereich der Niere, Therapie von Ureterengstellen (Ureterstenosen) bis zur Nierenautotransplantation
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	komplettes Spektrum der Diagnostik und Therapie (konservativ und invasiv) sowie Metaphylaxe und Dispensairebetreuung
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	Nierentransplantation: Kinder, Erwachsene, Seniorprogramm, Lebendniere spenden/ -transplantation, kombinierte Nierentransplantationen mit anderen Organen, CAPD-Katheter-Implantation und Therapie bei postrenalen Nierenfunktionsstörungen
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenerkrankungen	akute und chronische Nierenerkrankungen zumeist entzündlicher Genese
VU08	Kinderurologie	einschließlich angeborener Harnorganfehlbildungen; Hypospadiekorrektur, plastische und rekonstruktive Eingriffe, Eingriffe am äußeren männlichen Genitale
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	Videourodynamische Untersuchungen bei Patienten mit einer neurogenen Harnblasenfunktionsstörung bei Querschnittlähmung oder anderer Genese

B-26.5 Fallzahlen Klinik für Urologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2182
Teilstationäre Fallzahl	46

B-26.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-26.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N20	277	Nieren- und Ureterstein
2	N40	217	Prostatahyperplasie
3	N13	208	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
4	C61	197	Bösartige Neubildung der Prostata
5	C67	180	Bösartige Neubildung der Harnblase
6	D41	121	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Harnorgane
7	N39	91	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
8	C64	81	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
9	A41	75	Sonstige Sepsis

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	N17	45	Akutes Nierenversagen

B-26.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
N35	37	Harnröhrenstriktur
C77	31	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten
T83	31	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt
N45	27	Orchitis und Epididymitis
N18	20	Chronische Nierenkrankheit
C62	18	Bösartige Neubildung des Hodens
K40	17	Hernia inguinalis
N47	17	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose
R33	17	Harnverhaltung
N43	15	Hydrozele und Spermatozele

B-26.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-26.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-137	882	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]
2	9-984	324	Pflegebedürftigkeit
3	5-573	293	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
4	5-601	230	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
5	1-661	228	Diagnostische Urethrozystoskopie
6	5-987	185	Anwendung eines OP-Roboters
7	8-542	156	Nicht komplexe Chemotherapie
8	5-562	142	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
9	8-132	125	Manipulationen an der Harnblase
10	5-550	119	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung

B-26.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-572	113	Zystostomie
5-604	105	Radikale Prostatovesikulektomie
5-554	79	Nephrektomie
8-543	47	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
5-555	38	Nierentransplantation
5-640	32	Operationen am Präputium
5-530	25	Verschluss einer Hernia inguinalis

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-460	24	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata
5-622	24	Orchidektomie
5-611	21	Operation einer Hydrocele testis

B-26.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Harnsteinzertrümmerung	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Diagnostik und Metaphylaxe beim Harnsteinleiden mit Einbeziehung der Stoffwechselanalytik bei chronischen Steinbildnern Betreuung von Zystinsteinpatienten weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
Angebote Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12)
Angebote Leistung	Schmerztherapie (VU18)

Ambulanz Urologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Neurouro- und uroonkologische Spezialsprechstunde (Nierenzell-, Harnblasen, Prostatakarzinome), supportive Therapie bei urologischen Tumoren weitere Abrechnungsarten: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen §115a SGBV AM17 amb. spezialfachärztl. Vers. §116b SGBV [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
Angebote Leistung	Kinderurologie (VU08)
Angebote Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12)
Angebote Leistung	Nierentransplantation (VU16)
Angebote Leistung	Schmerztherapie (VU18)
Angebote Leistung	Tumorchirurgie (VU13)
Angebote Leistung	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)

Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)

Privatsprechstunde	
Kommentar	Komplette ambulante Diagnostik Inklusiv endoskopischer, sonographischer und röntgenologischer Spezialuntersuchungen bei urologisch relevanten Erkrankungen Uro-Onkologie (metastasierter Nierentumor, Harnblasentumor, Prostatakarzinom)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VU14)

B-26.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-661	879	Diagnostische Urethrozystoskopie
2	8-137	399	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
3	5-640	77	Operationen am Präputium
4	5-611	11	Operation einer Hydrocele testis
5	5-631	7	Exzision im Bereich der Epididymis
6	5-636	6	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens
7	8-110	5	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen
8	5-630	4	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici
9	1-460	< 4	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata
10	5-562	< 4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung

B-26.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-26.11 Personelle Ausstattung

B-26.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,62	
Ambulant	2,83	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,45	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 160,20558

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,99	
Ambulant	1,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 364,27379

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ60	Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF04	Andrologie
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie

B-26.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 24,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,92	
Ambulant	2,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 99,5438

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1704,6875

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 9918,18182

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 996,34703

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,88	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2479,54545

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,26	
Ambulant	1,51	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,77	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1731,74603

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP20	Palliative Care

B-27 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie

B-27.1 Allgemeine Angaben Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie
Fachabteilungsschlüssel	3500
Art	Hauptabteilung
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Stefan Schultze-Mosgau
Telefon	03641/9-323601
Fax	03641/9-323602
E-Mail	Stefan.Schultze-Mosgau@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/mkg/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- regelmäßige Leitbildkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- zertifiziertes Kopf-Hals-Tumorzentrum und Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- Mitaufnahme von Angehörigen (Z76 - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen - als dritthäufigste Hauptdiagnose: 133 Mal)
- Patientenkollektive, bei denen mehr als 50 % in Studien involviert sind:
 - Zahnärztliche Implantologie
 - mikrovaskuläre reanastomosierte Rekonstruktion
 - skelettverlagernde Eingriffe
 - Lippen-, Kiefer- Gaumenspalten
 - Hauttumoren
 - Frakturen des Gesichtsschädels
 - ästhetische Gesichtschirurgie
 - Patienten unter Bisphosphonattherapie
- Mitglied des Zentrums für angeborene und erworbene Fehlbildungen
- Prof. Dr. Dr. Schultze-Mosgau ist Vorstandsmitglied des Landesverbandes der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; ltd. Auditor im Gesundheitswesen; EFQM-Assessor; Fellow of EBOMS

B-27.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-27.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie	Kommentar
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	Innerhalb des UniversitätsTumorCentrums; gemeinsam mit den Kollegen der internistischen Onkologie, der Strahlentherapie und ggf. weiteren Fachdisziplinen
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	inklusive der Fehlbildungschirurgie
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	inklusive der Fehlbildungschirurgie
VH23	Spezialsprechstunde	Fehlbildungen Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten Kraniofaziale Fehlbildungen Kieferfehlstellungen Tumoren Plastisch-Ästhetische Chirurgie Zahnärztliche Implantologie Kiefergelenkleiden Lasertherapie und Hämangiome Patienten unter Bisphosphonattherapie
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH00	Frakturen des Gesichtsschädels	
VH00	Frakturen des Nasenskelettes	
VH00	Versorgung von Verletzungen der Zähne	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen	
VK32	Kindertraumatologie	im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich
VR02	Native Sonographie	im Kopf-Hals-Bereich
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ19	Laserchirurgie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie	Kommentar
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA15	Plastische Chirurgie	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	im Kopf-/ Halsbereich
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	im Kopf-/ Halsbereich
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	des Kiefergelenkes
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	im Kopf-/ Halsbereich
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	im Kopf-/ Halsbereich
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis)	im Bereich der Schädelbasis
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	bei Beteiligung des Neurocraniums mit den Kollegen der Neurochirurgie
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	im Kopf-/ Halsbereich
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie	Kommentar
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	gemeinsam mit den Kollegen der Anästhesiologie und Neurochirurgie
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	z. B. altersbedingte Hautveränderungen, Cutis laxa
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	z. B. Talgdrüsen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VZ00	Patienten unter Bisphosphonattherapie	

B-27.5 Fallzahlen Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1629
Teilstationäre Fallzahl	0

B-27.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-27.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S02	401	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen
2	K08	290	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates
3	K10	109	Sonstige Krankheiten der Kiefer
4	C44	87	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
5	T81	85	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
6	C04	56	Bösartige Neubildung des Mundbodens
7	K07	56	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]
8	S01	42	Offene Wunde des Kopfes
9	K12	41	Stomatitis und verwandte Krankheiten

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
10	Q37	27	Gaumenspalte mit Lippenspalte

B-27.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
K04	24	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes
C02	19	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge
K11	17	Krankheiten der Speicheldrüsen
C00	13	Bösartige Neubildung der Lippe
E66	13	Adipositas
L89	13	Dekubitalgeschwür und Druckzone
C05	10	Bösartige Neubildung des Gaumens
Q35	< 4	Gaumenspalte
C06	< 4	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
K01	4	Retinierte und impaktierte Zähne

B-27.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-27.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-230	527	Zahnextraktion
2	5-770	275	Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens
3	5-249	240	Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen
4	5-779	235	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen
5	5-896	235	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
6	5-895	199	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	5-903	189	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
8	5-241	188	Gingivoplastik
9	5-916	159	Temporäre Weichteildeckung
10	5-858	144	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung

B-27.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1-420	82	Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle
5-776	48	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes
5-311	35	Temporäre Tracheostomie
1-545	34	Biopsie an anderen Strukturen des Mundes und der Mundhöhle durch Inzision
5-275	20	Palatoplastik
5-775	15	Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula
5-262	12	Resektion einer Speicheldrüse

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-217	10	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase
5-253	7	Rekonstruktion der Zunge
5-097	6	Blepharoplastik

B-27.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Nachsorge (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebotene Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)
Angebotene Leistung	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis) (VC43)
Angebotene Leistung	Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)
Angebotene Leistung	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels (VC47)
Angebotene Leistung	Dentale Implantologie (VZ03)
Angebotene Leistung	Dentoalveoläre Chirurgie (VZ04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen (VD18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen (VK03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VZ07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)

Ambulante Nachsorge (Ambulanz)	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich (VZ17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs (VZ18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich (VZ10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angebotene Leistung	Kindertraumatologie (VK32)
Angebotene Leistung	Kraniofaziale Chirurgie (VZ13)
Angebotene Leistung	Laserchirurgie (VZ19)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
Angebotene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VH23)
Angebotene Leistung	Wundheilungsstörungen (VD20)

Ambulante Nachsorge - Chefsprechstunde (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz
Angebotene Leistung	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)
Angebotene Leistung	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis) (VC43)
Angebotene Leistung	Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)

Ambulante Nachsorge - Chefsprechstunde (Ambulanz)	
Angebotene Leistung	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels (VC47)
Angebotene Leistung	Dentale Implantologie (VZ03)
Angebotene Leistung	Dentoalveoläre Chirurgie (VZ04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen (VD18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen (VK03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VZ07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich (VZ10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Kindertraumatologie (VK32)
Angebotene Leistung	Kraniofaziale Chirurgie (VZ13)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
Angebotene Leistung	Patienten unter Bisphosphonattherapie (VZ00)
Angebotene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)

Ambulante Nachsorge - Chefsprechstunde (Ambulanz)	
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)
Angebotene Leistung	Wundheilungsstörungen (VD20)

Implantatsprechstunde (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	VC47 bei Beteiligung des Neurocraniums mit den Kollegen der Neurochirurgie VH21 inklusiv der Fehlbildungschirurgie Dienstag 13:00 - 16:00 Uhr Terminvereinbarung unter 03641-9323601 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz
Angebotene Leistung	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)
Angebotene Leistung	Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)
Angebotene Leistung	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels (VC47)
Angebotene Leistung	Dentale Implantologie (VZ03)
Angebotene Leistung	Dentoalveoläre Chirurgie (VZ04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)

Tumorsprechstunde (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	VH20 gemeinsam mit den Kollegen der Strahlentherapie und der internistischen Onkologie Donnerstag 08:00 - 13:00 Uhr Terminvereinbarung unter 03641-9323650 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)

Tumorsprechstunde (Ambulanz)	
Angebotene Leistung	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis) (VC43)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VZ07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren (VH19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich (VZ10)
Angebotene Leistung	Interdisziplinäre Tumornachsorge (VH20)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)

Dysgnathiesprechstunde (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Mittwoch 13:00 - 15:30 Uhr Terminvereinbarung unter 03641-9323650 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels (VC47)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Kraniofaziale Chirurgie (VZ13)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)

Lippen-, Kiefer-, Gaumen-Spaltsprechstunde (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Montag 08:00 - 12:00 Uhr Terminvereinbarung unter 03641-9323650 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels (VC47)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01)

Lippen-, Kiefer-, Gaumen-Spaltsprechstunde (Ambulanz)	
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
Angebotene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)

Sprechstunde für Kraniofaziale Fehlbildungen (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	VC47 bei Beteiligung des Neurocraniums mit den Kollegen der Neurochirurgie VH21 und VH22 inklusiv der Fehlbildungschirurgie Montag 08:00 - 12:00 Uhr Terminvereinbarung unter 03641-9323650 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels (VC47)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Kraniofaziale Chirurgie (VZ13)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)

Plastisch-Chirurgische Sprechstunde (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Freitag 08:00 - 11:00 Uhr Terminvereinbarung unter 03641-9323650 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen (VK03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie (VG04)

Plastisch-Chirurgische Sprechstunde (Ambulanz)	
Angebotene Leistung	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres (VH06)
Angebotene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren (VH22)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)

Hämangiomsprechstunde (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Montag 08:00 - 12:00 Terminvereinbarung unter 03641-9323650
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen (VD18)
Angebotene Leistung	Plastische Chirurgie (VA15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VH13)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich (VH21)

Ambulante Behandlungen (Poliklinik)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Werktag täglich 07:30 - 15:30 Terminvereinbarung unter 03641-934435 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)
Angebotene Leistung	Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)
Angebotene Leistung	Dentale Implantologie (VZ03)
Angebotene Leistung	Dentoalveoläre Chirurgie (VZ04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VZ07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)

Ambulante Behandlungen (Poliklinik)	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich (VZ10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Kraniofaziale Chirurgie (VZ13)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)

Kiefergelenksprechstunde (Poliklinik)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	VC28 des Kiefergelenkes Letzter Mittwoch im Monat 08 - 11 Uhr, gemeinsam mit Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde sowie Kieferorthopädie Terminvereinbarung unter 03641-934435 weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
Angebotene Leistung	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)

Bisphosphonatsprechstunde (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Freitag 09:00 - 12:00 Uhr Terminvereinbarung unter 03641-9323650
Angebotene Leistung	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)
Angebotene Leistung	Dentoalveoläre Chirurgie (VZ04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)

Bisphosphonatsprechstunde (Ambulanz)	
Angebotene Leistung	Patienten unter Bisphosphonattherapie (VZ00)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)

Triage (Poliklinik)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebotene Leistung	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
Angebotene Leistung	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen (VC51)
Angebotene Leistung	Chirurgie der peripheren Nerven (VC50)
Angebotene Leistung	Dentale Implantologie (VZ03)
Angebotene Leistung	Dentoalveoläre Chirurgie (VZ04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VZ07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen (VH15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich (VH18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich (VZ10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Kraniofaziale Chirurgie (VZ13)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
Angebotene Leistung	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen (VZ14)
Angebotene Leistung	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie (VZ15)
Angebotene Leistung	Septische Knochenchirurgie (VC30)

Zahntraumasprechstunde (Ambulanz)	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Montag 13:30 - 14:30 Uhr Terminvereinbarung unter 03641-9323650
Angebotene Leistung	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebotene Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angebotene Leistung	Dentoalveoläre Chirurgie (VZ04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)

Zahntraumasprechstunde (Ambulanz)	
Angebotene Leistung	Endodontie (VZ11)
Angebotene Leistung	Kindertraumatologie (VK32)
Angebotene Leistung	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

B-27.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-231	262	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)
2	5-244	204	Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik
3	5-241	74	Gingivaplastik
4	5-056	73	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5	5-779	54	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen
6	5-242	17	Andere Operationen am Zahnfleisch
7	5-243	17	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers
8	5-097	7	Blepharoplastik
9	5-091	6	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
10	5-245	6	Zahnfreilegung

B-27.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-27.11 Personelle Ausstattung

B-27.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,67	
Ambulant	1,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,83	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 139,58869

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,8	
Ambulant	0,2	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 581,78571

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ64	Zahnmedizin
AQ66	Oralchirurgie
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF33	Plastische Operationen

B-27.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 13,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 121,56716

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2431,34328

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,13

Kommentar: Unsere Pflegeassistenten werden in einer einjährigen Maßnahme dazu qualifiziert.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 764,78873

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 4,04

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,04	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 403,21782

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,07	
Ambulant	2,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 321,30178

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ01	Bachelor

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege

B-28 ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde

B-28.1 Allgemeine Angaben ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Fachabteilungsschlüssel	3501
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. dent. Harald Küpper
Telefon	03641/9-323730
Fax	03641/9-323732
E-Mail	harald.kuepper@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	An der Alten Post 4
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/zzmk/Poliklinik+für+Zahnärztliche+Prothetik+und+Werkstoffkunde.html

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Teilnahme an bundesweiten multizentrischen Studien zur Qualitätssicherung bei unterschiedlichen zahnärztlich-prothetischen Versorgungsmitteln und -methoden
- Teilnahme am Europäischen Universitätsprogramm zu CAD/ CAM-gefertigten Zahnkronen und Brücken
- Qualitätssicherung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer
- Qualitätskontrollen gemäß den Richtlinien der Bundeszahnärztekammer

B-28.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**Angaben zu Zielvereinbarungen**

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

B-28.3 Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde	Kommentar
VX00	Zahnersatz	<ul style="list-style-type: none"> - Ästhetische Zahnheilkunde - Vollkeramische Restaurationen, gefertigt mit CAD/CAM - Implantatprothetik - Festsitzender abnehmbarer Zahnersatz - Funktionsdiagnostik und -therapie - Behandlung mit Biomaterialien, Allergietests - Professionelle Mundhygiene mit Reinigung des Zahnersatzes
VX00	Funktionsdiagnostik und -therapie (Craniomandibulärer Dysfunktionen)	Untersuchung und Behandlung von Kiefergelenksbeschwerden; Schienentherapie
VX00	Materialunverträglichkeitsuntersuchung und biologische Werkstoffprüfung	

B-28.5 Fallzahlen ZZMK, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde**Fallzahlen**

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-28.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-28.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-28.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

IDK-Kurs	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angebotene Leistung	Funktionsdiagnostik und -therapie (Craniomandibulärer Dysfunktionen) (VX00)
Angebotene Leistung	Zahnersatz (VX00)
Angebotene Leistung	zusätzliche Leistungen: s. Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (VX00)

Implantatsprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angebotene Leistung	Funktionsdiagnostik und -therapie (Craniomandibulärer Dysfunktionen) (VX00)
Angebotene Leistung	Materialunverträglichkeitsuntersuchung und biologische Werkstoffprüfung (VX00)
Angebotene Leistung	Zahnersatz (VX00)
Angebotene Leistung	zusätzliche Leistungen: s. Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (VX00)

Kiefergelenksprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angebotene Leistung	Funktionsdiagnostik und -therapie (Craniomandibulärer Dysfunktionen) (VX00)
Angebotene Leistung	Zahnersatz (VX00)
Angebotene Leistung	zusätzliche Leistungen: s. Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (VX00)

Konsiliardienst	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angebotene Leistung	Funktionsdiagnostik und -therapie (Craniomandibulärer Dysfunktionen) (VX00)

Konsiliardienst	
Angeborene Leistung	Materialunverträglichkeitsuntersuchung und biologische Werkstoffprüfung (VX00)
Angeborene Leistung	Zahnersatz (VX00)
Angeborene Leistung	zusätzliche Leistungen: s. Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (VX00)

Materialunverträglichkeitssprechstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angeborene Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angeborene Leistung	Funktionsdiagnostik und -therapie (Craniomandibulärer Dysfunktionen) (VX00)
Angeborene Leistung	Materialunverträglichkeitsuntersuchung und biologische Werkstoffprüfung (VX00)
Angeborene Leistung	Zahnersatz (VX00)
Angeborene Leistung	zusätzliche Leistungen: s. Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (VX00)

Poliklinischer Bereitschaftsdienst	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angeborene Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angeborene Leistung	Funktionsdiagnostik und -therapie (Craniomandibulärer Dysfunktionen) (VX00)
Angeborene Leistung	Zahnersatz (VX00)
Angeborene Leistung	zusätzliche Leistungen: s. Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (VX00)

Prothetik-Kurs	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angeborene Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angeborene Leistung	Funktionsdiagnostik und -therapie (Craniomandibulärer Dysfunktionen) (VX00)
Angeborene Leistung	Zahnersatz (VX00)
Angeborene Leistung	zusätzliche Leistungen: s. Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (VX00)

Zahnärztliche Prothetik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Zahnärztliche Prothetik	
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angebotene Leistung	Funktionsdiagnostik und -therapie (Craniomandibulärer Dysfunktionen) (VX00)
Angebotene Leistung	Zahnersatz (VX00)
Angebotene Leistung	zusätzliche Leistungen: s. Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (VX00)

B-28.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-28.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-28.11 Personelle Ausstattung

B-28.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	9,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ64	Zahnmedizin
AQ65	Kieferorthopädie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Prüfarzt für Klinische Studien Zusatzqualifikation DVT Qualifiziert fortgebildeter Spezialist für Prothetik der DGPro Master Practitioner in Esthetic Dentistry der ESCD

B-28.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,03

Kommentar: zahnärztliche Pflegeassistenten

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	7,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,03	
Nicht Direkt	0	

B-29 ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie**B-29.1 Allgemeine Angaben ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie
Fachabteilungsschlüssel	3503
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dr. Collin Jacobs, M.Sc.
Telefon	03641/9-323851
Fax	03641/9-323852
E-Mail	kathrin.junge@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	An der Alten Post 4
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/zzmk/Poliklinik+für+Kieferorthopädie.html

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- regelmäßige externe/interne Fort- und Weiterbildungen
- ab 06/2020 neue Qualitätsmanagementbeauftragte
- Qualitätssicherung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer
- Qualitätssicherung gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen
- Arbeit nach den Leitlinien:
 - für Kieferorthopädie und Präventive Zahnheilkunde der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
 - der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)
 - S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin DGSM „Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen – Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen“
 - der American Academy of Sleep Medicine
 - der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)

B-29.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-29.3 Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie	Kommentar
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	interdisziplinäre Behandlung (Kieferorthopädie, konservierende Zahnheilkunde, Kinderzahnheilkunde, Prothetik, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie	Kommentar
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	Behandlung von Patienten mit Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	interdisziplinäre Behandlung (Kieferorthopädie/ Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie) von Patienten mit Lippen-, Kiefer-, Gaumen-Spalten und/oder Syndromen
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	interdisziplinäre Behandlung (Kieferorthopädie, konservierende Zahnheilkunde, Kinderzahnheilkunde, Prothetik, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie)
VZ00	Kieferorthopädie Kinder, Jugendliche	Behandlung von Patienten mit Zahn- und Kieferfehlstellungen
VZ00	Kieferorthopädie Erwachsene	Behandlung von Patienten mit Zahn- und Kieferfehlstellungen
VZ00	Funktionsbereich Dysgnathien	interdisziplinäre Behandlung (Kieferorthopädie/ Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/ Plastische Chirurgie) von Patienten mit ausgeprägten Zahn- und Kieferfehlstellungen
VZ00	Funktionsbereich OSAS	Behandlung von Patienten mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom und habituellem Schnarchen

B-29.5 Fallzahlen ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-29.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-29.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-29.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Poliklinik für Kieferorthopädie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen (VH24)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbe- reich (VZ17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs (VZ18)
Angebotene Leistung	Funktionsbereich Dysgnathien (VZ00)
Angebotene Leistung	Funktionsbereich OSAS (VZ00)
Angebotene Leistung	Kieferorthopädie Erwachsene (VZ00)
Angebotene Leistung	Kieferorthopädie Kinder, Jugendliche (VZ00)

Kurse Kieferorthopädische Behandlung I und II	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbe- reich (VZ17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs (VZ18)
Angebotene Leistung	Funktionsbereich Dysgnathien (VZ00)
Angebotene Leistung	Funktionsbereich OSAS (VZ00)
Angebotene Leistung	Kieferorthopädie Erwachsene (VZ00)
Angebotene Leistung	Kieferorthopädie Kinder, Jugendliche (VZ00)

Kurs Kieferorthopädische Propädeutik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbe- reich (VZ17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs (VZ18)
Angebotene Leistung	Funktionsbereich Dysgnathien (VZ00)
Angebotene Leistung	Funktionsbereich OSAS (VZ00)
Angebotene Leistung	Kieferorthopädie Erwachsene (VZ00)
Angebotene Leistung	Kieferorthopädie Kinder, Jugendliche (VZ00)

B-29.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-29.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-29.11 Personelle Ausstattung**B-29.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,23

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	5,23	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,23	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	2,17	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ64	Zahnmedizin
AQ65	Kieferorthopädie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Zusatz-Weiterbildungen in Lingualtechnik und Alignertechnik; kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung; Behandlungen von Patienten mit komplexen Dysgnathien; zahnärztliche Schlafmedizin

B-29.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,94

Kommentar: zahnärztliche Pflegeassistenten

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	2,94	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,94	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

B-30 ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde**B-30.1 Allgemeine Angaben ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	3502
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor der Sektion, ab 2019
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dr. Collin Jacobs, M.Sc.
Telefon	03641/9-323721
Fax	03641/9-323722
E-Mail	kathrin.junge@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	An der Alten Post 4

Chefärztin oder Chefarzt	
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/zzmK/Kinderzahnheilkunde.html

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Patienten-Behandlung und Studierenden-Ausbildung erfolgt nach Leitlinien und Stellungnahmen nationaler (DGZMK, DGKiZ) und internationaler Fachgesellschaften (IAPD, EAPD)
- wissenschaftliches Personal ist Mitglied in verschiedenen nationalen (DGZMK, DGKiZ) und internationalen Gesellschaften (ORCA, EAPD, EADPH) und unterstützt mit eigenen Beiträgen das wissenschaftliche Programm der Jahrestagungen
- Mitarbeiterinnen sind Mitglied im Arbeitskreis für die Weiterentwicklung der Lehre in der Zahnmedizin (AKWLZ) und eine Mitarbeiterin ist im Vorstand der ADEE
- Projekte zur Verbesserung der Qualität der Lehre werden umgesetzt (Anvertraubare professionelle Tätigkeiten in Kooperation mit der Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie)
- Mitarbeiterinnen absolvierten Zusatzqualifikation ZFA für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ)
- ab 06/2020 neue Qualitätsmanagementbeauftragte

B-30.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-30.3 Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde
VC58	Spezialsprechstunde
VX00	Präventive Betreuung von Kindern mit psychischen Erkrankungen
VX00	Gruppenprophylaxe
VX00	Beratung und Behandlung von Kindern mit frühkindlicher Karies
VX00	Wurzelkanalbehandlung (endodontische Behandlung) von Zähnen mit nicht abgeschlossenem und abgeschlossenem Wurzelwachstum bei Kindern- und Jugendlichen
VX00	Beratung und Behandlung von Kindern mit Verletzungen der Milch- und bleibenden Zähne
VX00	Beratung und Behandlung von Kindern mit Strukturstörungen (MIH, AI, DI) der Zähne
VX00	Beratung, präventive Betreuung und Behandlung von chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen
VX00	Behandlung von Kindern mit Zahnarztangst
VX00	Zahnärztliche Behandlung für Kinder- und Jugendliche, Gebissanierung unter Narkose für Kleinkinder und Patienten mit Behinderungen
VX00	Konsultationsdienst für niedergelassene Zahnärzte zur kinderzahnärztlichen Behandlung
VX00	Kinderzahnärztliche Betreuung (primäre, sekundäre, tertiäre Prävention)
VX00	Interdisziplinäre Behandlung von Risikopatienten
VX00	Behandlung unter Lachgas-Sedierung
VX00	Überwachung der Gebissentwicklung von Kindern und Jugendlichen
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VX00	Prothetische Versorgung von Vorschulkindern bei vorzeitigem Milchzahnverlust

Nr.	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde
VX00	Präventive Betreuung von chronisch kranken Kindern

B-30.5 Fallzahlen ZZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie - Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-30.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-30.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-30.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kinderzahnärztliche Behandlung	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz
Angebotene Leistung	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebotene Leistung	Beratung, präventive Betreuung und Behandlung von chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen (VX00)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs (VZ18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden (VZ00)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Anfallsleiden (VZ00)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen (VZ00)
Angebotene Leistung	Hypnose (VX00)
Angebotene Leistung	Präventive Betreuung von chronisch kranken Kindern (VX00)
Angebotene Leistung	Präventive Betreuung von Kindern mit psychischen Erkrankungen (VX00)
Angebotene Leistung	Zahnärztliche Betreuung von immunsupprimierten Patienten (VZ00)
Angebotene Leistung	Zahnärztliche Betreuung von Patienten mit Tumorerkrankungen (VZ00)
Angebotene Leistung	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose (VZ20)

B-30.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-30.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-30.11 Personelle Ausstattung**B-30.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1,87	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,27

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,27	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ64	Zahnmedizin	Tätigkeitsschwerpunkt Kinder- und Jugendzahnheilkunde (LZÄKTH) Hochschuldidaktisches Lehrzertifikat Master of Medical Education (MME) Prüfarzt für klinische Studien

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-30.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,63

Kommentar: zahnärztliche Pflegeassistenten

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1,63	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: OPflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

ZFA für Kinderzahnheilkunde (ZFKiZ)

B-31 ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie**B-31.1 Allgemeine Angaben ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie
Fachabteilungsschlüssel	3504
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Bernd W. Sigusch
Telefon	03641/9-323800
Fax	03641/9-323802

Chefärztin oder Chefarzt	
E-Mail	Katharina.Fiedler@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	An der alten Post 4
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/zzmK/Kons.html

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Qualitätssicherung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer
- Qualitätskontrollen gemäß den Richtlinien der Bundeszahnärztekammer
- wissenschaftliches Personal ist Mitglied in verschiedenen nationalen (DGZMK, DGZ, DGP, DGEEndo, DGM, TGZMK) und internationalen Gesellschaften (IADR, ORCA)
- Univ.-Prof. Dr. Dr. B. W. Sigusch ist Leiter der Promotionskommission Zahnmedizinischer Fächer

B-31.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-31.3 Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie	Kommentar
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	Behandlungen zur Verbesserung der ästhetischen Erscheinung von Zähnen und Parodont
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	Therapie der Erkrankungen der Zahnhartsubstanz und deren Folgen CAD/ CAM gestützte Rekonstruktion von Zahnhartsubstanz Füllungstherapie mit modernen dentalen Biomaterialien Therapie unter besonderer Berücksichtigung ästhetischer Gesichtspunkte
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	Systematische Therapie der Parodontitis und ihrer Folgen Laborgestützte Parodontitisdiagnostik (Mikrobiologie) Parodontalchirurgische Maßnahmen (Laser) Regenerative bzw. resektive Parodontalchirurgie Antimikrobielle photodynamische Therapiemaßnahmen (Laser)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie	Kommentar
VZ11	Endodontie	Zahnerhaltende Maßnahmen bei Erkrankungen der Pulpa und deren Folgen Revisionen erfolgloser endodontischer Maßnahmen Einsatz des OP-Mikroskops und Ultraschalles in der Endodontie Techniken zur Entfernung frakturierter Instrumente Therapie kombinierter Läsionen von Parodont und Endodont
VZ19	Laserchirurgie	minimalinvasive, atraumatische Behandlung an Hart- und Weichgeweben
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	Abbau der Angst durch primär anxiolytische, nichtmedikamentöse Verfahren Zahnärztliche Behandlung in Allgemeinanästhesie
VX00	Prophylaxe	Vorbereitung für die systematische Parodontistherapie Beratung und Therapie von Patienten mit Parodontitis und Allgemeinerkrankungen, sowie Erosionen der Zahnhartsubstanz Vermeidung von Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates

B-31.5 Fallzahlen ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-31.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-31.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-31.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

IDK-Kurs: gemeinsam mit Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angeborene Leistung	Alle zahnerhaltenden Leistungen im Leistungsspektrum der Kariologie, Endodontologie, Parodontologie und der Prophylaxe (VZ00)

Konservierende Zahnheilkunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	VZ00 Spezialsprechstunde "schwere Parodontitis" weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM07 Privatambulanz
Angebote Leistung	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebote Leistung	Alle zahnerhalt. Leistungen im Leistungsspektrum Kariologie, Endodontologie, Parodontologie u. Prophylaxe; Konsiliarleistungen f. Kliniken UKJ einschl. der zahnärztl. Therapie in Allgemeinanästhesie (VZ00)
Angebote Leistung	Antimikrobielle Photodynamische Therapieverfahren (PDT) (VZ00)
Angebote Leistung	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebote Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)
Angebote Leistung	Endodontie (VZ11)
Angebote Leistung	Laserchirurgie (VZ19)
Angebote Leistung	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose (VZ20)

Konservierende Zahnheilkunde - Bereitschaftsdienst	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebote Leistung	Alle zahnerhaltenden Leistungen im Leistungsbereich der Kariologie, Endodontologie, Parodontologie und Prophylaxe; Konsiliarleistungen für das UKJ inkl. zahnärztlicher Therapie in Allgemeinanästhesie (VZ00)

Konservierende Zahnheilkunde/ Kurs	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Konsiliarleistungen für Kliniken des UKJ
Angebote Leistung	Alle zahnerhaltenden Leistungen im Leistungsspektrum der Kariologie, Endodontologie, Parodontologie und der Prophylaxe (VZ00)

B-31.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-31.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-31.11 Personelle Ausstattung

B-31.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	10,21	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	5,61	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ64	Zahnmedizin	Spezialisierungen auf den Gebieten der Parodontologie und Endodontologie
AQ66	Oralchirurgie	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

Weitere

- Zertifizierte Tätigkeitsschwerpunkte im Bereich Parodontologie (LZÄK Thüringen) und Endodontologie (LZÄK Thüringen und APW)
- Prüfer für klinische Studien
- Zertifikatsprogramm "Lehrqualifikationen Basic und Advanced"

B-31.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 11,09

Kommentar: zahnärztliche Pflegeassistenten

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	11,09	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: OPflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP)

Dentalhygienikerin (DH)

B-32 Klinikumsapotheke***B-32.1 Allgemeine Angaben Klinikumsapotheke***

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Klinikumsapotheke
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. rer. nat./ med. habil., MPH, MBA Michael Hartmann
Telefon	03641/9-325401
Fax	03641/9-325402
E-Mail	Michael.Hartmann@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Erlanger Allee 101
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/apotheke/

Die Apotheke des UKJ versorgt die Patienten des Klinikums mit Arzneimitteln, Infusionsmitteln, Verbandstoffen, Röntgenkontrastmitteln und Labordiagnostika.

Schwerpunkte liegen auf der patientenindividuellen Zubereitung von Zytostatika, parenteraler Ernährung, Antibiotika,

Augentropfen und weiteren Rezepturen sowie Defekturen. Die Apotheke stellt Prüfarzneimittel im Rahmen klinischer Studien her.

Weitere pharmazeutische Dienstleistungen: Arzneimittelinformation, Arzneimittelanamnese, Stationsapotheker, Substitutionsservice, Unit-Dose Versorgung

Die Apotheke nimmt an Ringversuchen teil. Die Apotheke besitzt eine Herstellerlaubnis für klinische Prüfmuster (GMP-Zertifikat). Es gibt ein Dienst- und Rufbereitschaft.

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- zweijährliche Revisionen durch das Thüringer Landesverwaltungsamt bzgl. ordnungsgemäßer und qualitätsgerechter Arbeit der Apotheke sowie der Einhaltung diverser Gesetze aus dem pharmazeutischen Bereich (ApoG, AMG, ApBetrO, TFG usw.)
- Geschäftsführung für die Arzneimittelkommission:
 - Ausarbeitung der Arzneimittelliste
 - Erarbeitung von Richtlinien für den Einsatz von Arzneimitteln
 - Ausarbeitung von Therapievorschlügen
 - Empfehlungen zur antiinfektiösen Therapie
- Regelungen für die Verwendung von Arzneimitteln nach geltenden gesetzlichen Bestimmungen
- Kontrolle der Arzneimittelbudgetvorgaben, Information über die Kostenentwicklung, Beratung zum effizienten Arzneimitteleinsatz
- Teilnahme an Ringversuchen (Harnsteinanalytik, Rezeptur)
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums
- Überarbeitung der Wundfibel, Trink- und Sondennahrung, Antibiotika-Leitlinie
- Antibiotic Stewardship – rationaler Einsatz von Antibiotika, Erarbeitung und Schulung von Standards
- Vorsitz der Laborkommission:
 - Pflege des Leistungskataloges der am Universitätsklinikum durchgeführten labordiagnostischen Verfahren
 - Prüfung von Neuanschaffungen von Geräten
 - Überprüfung von labordiagnostischen Fragestellungen
- Mitarbeit in der Transfusionskommission

B-32.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-32.3 Medizinische Leistungsangebote Klinikumsapotheke

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinikumsapotheke	Kommentar
VX00	Versorgung der Kliniken und Institute des Universitätsklinikums mit Arzneimitteln, Infusionslösungen, Röntgenkontrastmitteln, Verbandstoffen, Zytostatikazubereitungen, Rezepturen und Labordiagnostika	Online-Bestellungen und Nachverfolgung
VX00	Erarbeitung von Therapiestandards zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit	Krankenhausinterne Leitlinien (Antibiotikaleitlinie, Enterale Ernährung, Wundfibel), AMTS-Karten, Übersichten
VX00	Arzneimittelinformation und –beratung für Ärzte und Pflegekräfte	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinikumsapotheke	Kommentar
VX00	Arzneimittelherstellung - aseptische patientenbezogene Herstellung (u.a. Zytostatika, TPN), chargenmäßige Herstellung; patientenindividuelle Rezepturen; PTA in Kinder-Intensivmedizin	Elektronische Verordnung und Herstellung von Zytostatika über Zenzy
VX00	Antibiotica Stewardship - Erarbeitung und Schulung von Standards zur antimikrobiellen Therapie	
VX00	Fachapotheker Klinische Pharmazie	
VX00	Universitäres Zentrum für Pharmakotherapie und Pharmakoökonomie	Pharmakovigilanz - u.a. Stationsapotheker in allen Kliniken: Visitenbegleitung, patientenindividuelles Therapiemonitoring auf ITSen, Unterstützung der Arzneimittelanamnese bei elektiven Patienten zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit
VX00	Herausgabe der Zeitschrift "Ap-to-date"	
VX00	Schulungen für Ärzte und Pflegepersonal	interne Fortbildungen, Schulungen Pflegepersonal, Ärzte, Medizinstudenten, Webinare zu verschiedenen Themen
VX00	Lehraufträge	Gesundheitsökonomie, öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystemvergleich - Medizinischen Fakultät, Universität Jena; Pharmakoökonomie, Pharmazeutisch-Naturwissenschaftliche Fakultät, Universität Jena
VX00	Modulversorgung von Infusionslösungen auf den Intensivstationen	
VX00	Einsatz von Pyxis-Automaten zur Betäubungsmittelversorgung im Anästhesie-OP, Aufwachraum und auch im Intensivbereich, ZNA	
VX00	Herstellungserlaubnis für Klinische Prüfpräparate	
VX00	Unit-dose Versorgung des Intensivbereiches, des Aufwachraums und der Kinderchirurgie	
VX00	Information und Beratung zum Arzneimittelbudget	
VX00	Individuelle Beratung zur Arzneimitteltherapie der Patienten der Intensivstationen	
VX00	Literaturservice für Ärzte	
VX00	Mitarbeit an Klinischen Studien – Lagerung, Bereitstellung und Zubereitung von Arzneimitteln im Rahmen der klinischen Prüfung	
VX00	Notfalldepot für das Universitätsklinikum, für die Landesapothekerkammer Thüringen sowie für das Land Thüringen	
VX00	Entlassmanagement	
VX00	Durchführung von Harnsteinuntersuchungen für das Universitätsklinikum und externe Einrichtungen	
VX00	Vollziehung von Chargen-Rückrufen zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit	
VX00	Schulungen für Ärzte und Pflegepersonal	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinikumsapotheke	Kommentar
VX00	Versorgung der ambulanten Patienten mit Arzneimitteln entsprechend §129a SGB V	

B-32.5 Fallzahlen Klinikumsapotheke

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

2.572 versorgte Betten, davon 1.460 in externen Häusern

B-32.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-32.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-32.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-32.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-32.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-32.11 Personelle Ausstattung

B-32.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ47	Klinische Pharmakologie

B-32.11.2 Pflegepersonal

Trifft nicht zu.

B-33 Zentrum für Notfallmedizin

B-33.1 Allgemeine Angaben Zentrum für Notfallmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Zentrum für Notfallmedizin
Fachabteilungsschlüssel	1601
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor Zentrum Notfallmedizin
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med., MBA Wilhelm Behringer
Telefon	03641/9-322001
Fax	03641/9-322002
E-Mail	Wilhelm.Behringer@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/zna/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Teilnahme am Forschungsprojekt zur Verbesserung der Versorgungsforschung in der Akutmedizin in Deutschland; Aufbau eines Nationalen Notaufnahmeregisters (ATKIN)
- Maßnahmen zur Umsetzung des G-BA Beschlusses zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
- Mitarbeiterversammlungen zwecks Information über strukturelle Änderungen

- multiple Fortbildungen zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität, interdisziplinär und multiprofessionell; z.B. internistisches und chirurgisches Schockraumtraining, inhouse Kurse ACLS und PALS, CEMP Programm für Assistenzärzte
- LKAN-F für Fach- und Oberärzte (auch als Vorbereitung für die Europäische Facharztprüfung für Notfallmedizin gedacht), LKAN-ZIP (Übungen zeitkritischer Notfallprozeduren)
- Akteur in diversen Zentren (überregionales Traumazentrum, Stroke Unit, Chest Pain Unit, ...)

B-33.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
-----------------------------------	----

B-33.3 Medizinische Leistungsangebote Zentrum für Notfallmedizin

Die Zentrale Notfallaufnahme ist eine interdisziplinäre eigenständige Notfallaufnahme und versorgt in dieser Funktion alle Notfälle der Stadt Jena, des Saale-Holzland-Kreises sowie angrenzender Rettungsdienstbereiche, sofern die Patienten dem Universitätsklinikum Jena zugeordnet werden.

Monatlich werden in der Zentralen Notfallaufnahme etwa 3.800 Patientenkontakte geführt. Das Spektrum umfasst dabei einfache (sogenannte Bagatellverletzungen und -erkrankungen) Verletzungen und Erkrankungen und reicht bis zur Versorgung schwerstverletzter, polytraumatisierter oder anderweitig vital bedroht erkrankter Patienten bis hin zur Übernahme von Patienten unter laufender Reanimation. Die Zentrale Notaufnahme übernimmt hier die komplette Diagnostik und Therapie der Patienten in der Akutphase, dies beinhaltet unter anderem intensivmedizinische oder lebensrettende Versorgungen wie z.B. Intubation, Beatmung, Katecholamingabe, Einschwemmung von passageren Herzschrittmachern, elektrische Kardioversion oder Defibrillation, Anlage von Shaldon-Kathetern, Einsatz von mechanischen Hilfsmitteln bei der Reanimation, extrakorporale Oxygenierungstechniken, Anlage von Thoraxdrainagen oder Pleurakathetern, Gabe von allen verfügbaren Blutprodukten, um einige zu nennen. Ferner führt die ZNA kleinere Eingriffe durch wie z.B. Punktion von Aszites, Lumbalpunktionen, kleinere Wundversorgungen, Abszessspaltungen, Nageloperationen, Sehnennähte, kleinere Hämorrhoidenoperationen, Reposition fast aller Gelenke in meist Kurznarkose oder Regionalanästhesie, Tamponierung der Nasengänge bei Blutungen, Gastroskopien im Zusammenarbeit mit KIM IV, Bronchoskopien, Sonographie der Gefäße und des Bauches und des Thorax und der Gelenke, Analgosedierungen, etc. Auch palliativmedizinische Aspekte wie die Sterbebegleitung bei Schwerstkranken, die in sehr kurzer absehbarer Zeit sterben werden, führt die ZNA inklusive der entsprechenden Angehörigengespräche durch. Ebenfalls verbleiben Patienten teilweise Stunden in der ZNA, um Krankheitsverläufe zu beobachten oder klare Diagnosen zu finden, um eine zielgerichtete Weiterleitung an die korrekte Fachabteilung durchzuführen oder unnötige stationäre Aufnahmen zu verhindern, wie z.B. im Rahmen von Bauchschmerzen oder bestimmten Formen von Herzrhythmusstörungen. Auch übernimmt die Notaufnahme die Überwachung von akut intoxikierten Patienten, die entweder innerhalb weniger Stunden wieder entlassen oder auf die Psychiatrie verlegt werden können. Vital bedrohte Patienten aus den Kliniken der Innenstadt werden ebenfalls vom Personal der ZNA versorgt. Die ZNA übernimmt die Schlüsselrolle bei der Organisation und Versorgung der Patienten bei einem Massenansturm von Verletzten.

Das Zentrum für Notfallmedizin leitet die präklinische Notfallmedizin inklusive NEF und RTH. Die Besetzung der präklinischen Rettungsmittel (NEF, RTH) erfolgt unter anderem durch die ärztlichen Mitarbeiter des Zentrums für Notfallmedizin. Hier ist eine Aufstockung von derzeit 25 % (75 % durch Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin) auf mindestens 50 % bis 2021 geplant.

Das Zentrum für Notfallmedizin leitet die Lehre für die Notfallmedizin, die eine Kombination aus der präklinischen und klinischen Notfallmedizin ist. Analog zum Notarztdienst ist hier aktuell ein Kontingent von 25 % der Lehrleistung der Mitarbeiter des Zentrums für Notfallmedizin vorgesehen, perspektivisch bis 2021 ein Kontingent von mindestens 50 %. Die Lehre besteht aus Vorlesungen, Seminaren und praktischem Kleingruppenunterricht für unterschiedliche klinische Semester.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Zentrum für Notfallmedizin
VX00	Notfallmedizin

B-33.5 Fallzahlen Zentrum für Notfallmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar	Kontakte mit Patienten (ca. 48.500 in 2019) <ul style="list-style-type: none"> - stationär (24170): 66 pro Tag - ambulant (24159): 66 pro Tag

B-33.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-33.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-33.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-831	48	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
2	5-900	28	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
3	8-144	20	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
4	8-701	16	Einfache endotracheale Intubation
5	8-640	7	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
6	8-903	7	(Analgo-)Sedierung
7	1-204	6	Untersuchung des Liquorsystems
8	8-900	6	Intravenöse Anästhesie
9	1-620	5	Diagnostische Tracheobronchoskopie
10	1-854	5	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels

B-33.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
5-790	< 4	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
8-201	5	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese
8-771	< 4	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation

B-33.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

ZNA - alle Notfälle der Fachabteilungen	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Erfüllt Screening- u. Steuerungsfunktion für sämtl. nicht angemeldeten ambulanten Notfallpatienten u. Verlegungen m. weiterführendem diagnost. u. therap. Bedarf. weitere Abrechnungsarten d. Ambulanz: AM08 Notfallambulanz (24h) AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebotene Leistung	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)

ZNA - alle Notfälle der Fachabteilungen	
Angebotene Leistung	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation (VI21)
Angebotene Leistung	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen (VC53)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) (VI23)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen (VD02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen (VD05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (VI10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VN19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns (VN07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren (VD03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)

ZNA - alle Notfälle der Fachabteilungen	
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung (VD08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde (VD09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns (VN06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz (VU02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten (VD06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut (VD10)

ZNA - alle Notfälle der Fachabteilungen	
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen (VD07)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
Angeborene Leistung	Intensivmedizin (VI20)
Angeborene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angeborene Leistung	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin (VN18)
Angeborene Leistung	Notfallmedizin (VC71)
Angeborene Leistung	Schrittmachereingriffe (VC05)
Angeborene Leistung	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09)
Angeborene Leistung	Traumatologie (VO21)
Angeborene Leistung	Versorgung von Notfallpatienten (VX00)

B-33.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-200	7	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese
2	5-572	< 4	Zystostomie
3	5-79b	< 4	Offene Reposition einer Gelenkluxation
4	5-863	< 4	Amputation und Exartikulation Hand
5	8-201	< 4	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese

B-33.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-33.11 Personelle Ausstattung**B-33.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 25,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,56	
Ambulant	1,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,59	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,92	
Ambulant	0,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ01	Anästhesiologie
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ57	Rechtsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie

B-33.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 25,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,87	
Ambulant	7,47	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,34	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,28	
Ambulant	0,14	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,42	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,49

Kommentar: Ausbildungsabschluss und -dauer können abweichend sein (Hilfspfleger)

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	1,49	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	2,69	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement

B-34 *Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie***B-34.1 *Allgemeine Angaben Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie***

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Fachabteilungsschlüssel	3701
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med., MBA Ulf Teichgräber
Telefon	03641/9-324831
Fax	03641/9-324832
E-Mail	radiologie@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/idir/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- tägliche radiologische Röntgenbesprechungen (> 50/ Woche)
- interdisziplinäre Spezialvisiten für: Rheumatologie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, interdisziplinäre Weichteilsprechstunde, Thoraxchirurgie/ Pneumologie, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Pneumologie, Thoraxchirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Neuropädiatrie, Neurovaskuläres Board, Onkologie
- externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V
- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>)
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums
- Vereinbarung für Versicherte der Techniker Krankenkasse zur ambulanten Magnetresonanz-Mammografie
- BIRADS-Committee
- gutachterliche Tätigkeit für Radiology und 28 weitere Fachzeitschriften
- gutachterliche Tätigkeit zu wissenschaftlichen Projektanträgen der DFG, der Deutschen Krebshilfe und 16 weiteren Stiftungen
- gutachterliche Tätigkeit bei forensischen Fragestellungen (Altersbestimmung mit Zertifikat)
- gutachterliche Tätigkeiten in der Neuroradiologie
- Gutachtertätigkeit für Staatsanwaltschaften und Gerichte bei Fragestellungen der Kindesmisshandlung

B-34.2 *Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten*

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-34.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VH00	Endovaskuläre Therapie von vaskulären Malformationen von Kopf und Hals	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR00	Mammografie	
VR00	Angiografische, endovaskuläre Intervention	
VR00	CT-Intervention	
VR00	Durchleuchtungsgestützte Intervention	
VR00	MRT-Intervention	
VR00	Spinale Intervention	
VR00	Neurovaskuläre Intervention	
VR16	Phlebographie	
VR15	Arteriographie	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN20	Spezialsprechstunde	Neurovaskulär
VN23	Schmerztherapie	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO13	Spezialsprechstunde	Wirbelsäulenschmerz
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK25	Neugeborenencreening	
VR00	Postmortale Magnetresonanztomographie	
VK33	Mukoviszidosezentrum	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Kommentar
VR04	Duplexsonographie	farbkodierte Dopplersonografie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR00	Fetale Magnetresonanztomographie	

B-34.5 Fallzahlen Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-34.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-34.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-34.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	5388	Native Computertomographie des Schädels
2	3-222	4861	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3	3-226	4498	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
4	3-225	4402	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
5	3-202	3468	Native Computertomographie des Thorax
6	8-83b	3237	Zusatzinformationen zu Materialien
7	3-820	2817	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
8	3-220	2411	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
9	3-800	2396	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
10	3-221	2292	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel

B-34.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
3-823	2124	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
3-802	1326	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-607	773	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
8-836	690	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
3-224	460	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel

OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
3-803	442	Native Magnetresonanztomographie des Herzens
3-604	402	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
3-600	345	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße
8-840	136	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents
3-827	27	Magnetresonanztomographie der Mamma mit Kontrastmittel

B-34.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es werden die radiologische Diagnostik und Intervention für alle anfordernden Kliniken und Polikliniken und teilweise auch die Institute der Krankenversorgung übernommen. Nur wenige Leistungen werden von den Kliniken selbst, mit eigenen Apparaturen erbracht; z.B. Ultraschalluntersuchungen.

IDIR/ Innere Medizin	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03, LK17, LK18] AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]
Angebotene Leistung	Arteriographie (VR15)
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung (VR27)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
Angebotene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angebotene Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angebotene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angebotene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebotene Leistung	Phlebographie (VR16)
Angebotene Leistung	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)
Angebotene Leistung	Sonographie mit Kontrastmittel (VR05)

IDIR/ Kinderklinik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34]
Angebotene Leistung	Alternative Knochendichtemeßverfahren (VR00)
Angebotene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebotene Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)

IDIR/ Kinderklinik	
Angeborene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angeborene Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angeborene Leistung	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung (VR08)
Angeborene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angeborene Leistung	Kinderradiologie (VR42)
Angeborene Leistung	Knochendichtemessung (alle Verfahren) (VR25)
Angeborene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angeborene Leistung	Mukoviszidosezentrum (VK33)
Angeborene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angeborene Leistung	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin (VK12)
Angeborene Leistung	Neugeborenencreening (VK25)
Angeborene Leistung	Neugeborenencreening (Hüftultraschall) (VR00)
Angeborene Leistung	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)
Angeborene Leistung	Quantitative Bestimmung von Parametern (VR29)
Angeborene Leistung	Sonographie mit Kontrastmittel (VR05)
Angeborene Leistung	Sonographische Refluxdiagnostik (VR00)
Angeborene Leistung	Teleradiologie (VR44)

IDIR/ MRT Leitstelle Neubau	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angeborene Leistung	Arteriographie (VR15)
Angeborene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angeborene Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung (VR27)
Angeborene Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angeborene Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angeborene Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
Angeborene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angeborene Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angeborene Leistung	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung (VR08)
Angeborene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angeborene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angeborene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
Angeborene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)
Angeborene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren (VR24)
Angeborene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angeborene Leistung	Phlebographie (VR16)
Angeborene Leistung	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)
Angeborene Leistung	Sonographie mit Kontrastmittel (VR05)

IDIR/ MRT Bereich Steiger	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanzen: AM12 Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V
Angebote Leistung	Ganzkörper MRT (VR00)
Angebote Leistung	Interventionen unter MR und US-Führung (VR00)
Angebote Leistung	Knochendichtemessung (alle Verfahren) (VR25)
Angebote Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
Angebote Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren (VR24)
Angebote Leistung	MR Mamma Cryotherapie (VR00)
Angebote Leistung	MR Mamma Diagnostik (VR00)
Angebote Leistung	MR Mamma Intervention (VR00)

IDIR/ Innenstadtbereich mit Mammaspreekstunde	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM12 Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK33]
Angebote Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebote Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung (VR27)
Angebote Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebote Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebote Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
Angebote Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angebote Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angebote Leistung	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung (VR08)
Angebote Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angebote Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angebote Leistung	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)
Angebote Leistung	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) (VR07)
Angebote Leistung	Sonographie mit Kontrastmittel (VR05)

IDIR/ Neuroradiologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebote Leistung	Angiografische, endovaskuläre Intervention (VR00)
Angebote Leistung	Arteriographie (VR15)
Angebote Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
Angebote Leistung	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung (VR27)
Angebote Leistung	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
Angebote Leistung	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
Angebote Leistung	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)

IDIR/ Neuroradiologie	
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien (VO04)
Angeborene Leistung	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)
Angeborene Leistung	Duplexsonographie (VR04)
Angeborene Leistung	Eindimensionale Dopplersonographie (VR03)
Angeborene Leistung	Endovaskuläre Therapie von vaskulären Malformationen von Kopf und Hals (VH00)
Angeborene Leistung	Farbkodierte Dopplersonografie (VR00)
Angeborene Leistung	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung (VR08)
Angeborene Leistung	Interventionelle Radiologie (VR41)
Angeborene Leistung	Knochendichtemessung (alle Verfahren) (VR25)
Angeborene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
Angeborene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
Angeborene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)
Angeborene Leistung	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren (VR24)
Angeborene Leistung	Native Sonographie (VR02)
Angeborene Leistung	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09)
Angeborene Leistung	Schmerztherapie (VN23)
Angeborene Leistung	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
Angeborene Leistung	Spezialsprechstunde (VO13)
Angeborene Leistung	Spezialsprechstunde (VN20)
Angeborene Leistung	Spinale Intervention (VR00)

IDIR/ Stomatologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angeborene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)

IDIR/ Urologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK36]
Angeborene Leistung	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)

B-34.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	156	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	3-607	23	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
3	3-605	11	Arteriographie der Gefäße des Beckens
4	3-604	5	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
5	8-836	< 4	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention

B-34.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-34.11 Personelle Ausstattung**B-34.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 38,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	31,64	
Ambulant	7,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	38,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,29	
Ambulant	2,83	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
AQ54	Radiologie
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-34.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,74

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,28	
Ambulant	0,46	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,74	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,89	
Ambulant	0,61	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

B-35 Institut für Humangenetik**B-35.1 Allgemeine Angaben Institut für Humangenetik**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Humangenetik
Fachabteilungsschlüssel	3702
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Institutsleiter
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Christian Hübner
Telefon	03641/9-396801
Fax	03641/9-396802
E-Mail	Christian.Huebner@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/humangenetik

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Fortlaufende Akkreditierung des Institutes nach DIN EN ISO 15189 seit 2010
- Berücksichtigung der aktuellen Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK)
- Berücksichtigung der aktuellen Richtlinien/Empfehlungen des Berufsverbandes für Medizinische Genetik
- Ringversuche in den Bereichen Molekulargenetik, Molekularpathologie, Zytogenetik, Fluoreszenz in situ Hybridisierung sowie zur zytogenetischen und molekularzytogenetischen Tumordiagnostik Mitgliedschaften in über 30 Fachgesellschaften
- fachgutachterliche Tätigkeit für Drittmittelgeber, Patientenorganisationen, nationale und internationale Universitäten sowie zahlreiche Fachzeitschriften
- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an interdisziplinären Tumorboards
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums

B-35.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-35.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Humangenetik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Humangenetik	Kommentar
VX00	Genetische Diagnostik	Diagnostik für interne und externe Einsender und ambulante Patienten in Kooperation mit der Praxis für Humangenetik im Zentrum für Ambulante Medizin des Universitätsklinikums Jena.
VX00	Sprechstunden für humangenetische Beratung	ab 01.07.2006 im Zentrum für Ambulante Medizin des Universitätsklinikums Jena Privatsprechstunde am Institut

B-35.5 Fallzahlen Institut für Humangenetik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-35.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-35.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-35.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Vorgeburtl. Medizin bei familiärer Erkrankungshäufung, unerfüllter Kinderwunsch, Blutsverwandtschaft und Kinderwunsch

Klärung einer eventuell vorliegenden genetischen Ursache unterschiedlicher Erkrankungen

Erbliche Ursachen von Tumorerkrankungen

Genetische Diagnostik und Sprechstunde für Humangenetische Beratung	
Ambulanzart	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
Kommentar	Vorgeburtl. Medizin bei familiärer Erkrankungshäufung, unerfüllter Kinderwunsch, Blutsverwandtschaft und Kinderwunsch weitere Abrechnungsarten: AM06 amb. Behandlung im Krankenhaus §116b SGBV [LK03] AM17 amb. spezialfachärztliche Versorgung §116b SGBV [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angebotene Leistung	Humangenetische Beratung, die mit dem Auftreten oder mit der Befürchtung einer genetisch (mit-)bedingten Erkrankung oder Fehlbildung zusammenhängen (VX00)

B-35.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-35.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-35.11 Personelle Ausstattung**B-35.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,7	

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ21	Humangenetik	Weiterbildungsbefugnis
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Eine Ärztin des Behandlungsteams verfügt über eine Zusatzausbildung Psychotherapie.

B-35.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

B-36 *Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik***B-36.1 *Allgemeine Angaben Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik***

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik
Fachabteilungsschlüssel	3703
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Kiehntopf
Telefon	03641/9-325000
Fax	03641/9-325002
E-Mail	michael.kiehntopf@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/ikcl/IKCL.html

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Akkreditierung des Laboratoriums nach DIN EN ISO 15189:2014 und DIN EN ISO/IEC 17025:2018
- Zertifizierung der Integrierten Biomaterialbank Jena (IBBJ) nach DIN EN ISO 9001 (DIOcert), Akkreditierung des IBBJ-Prüflabors nach DIN EN ISO 17025:2018
- richtlinienkonforme Qualitätssicherung gemäß der Teile A und B der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen - Rili-BÄK
- Rili-BÄK-analoge Protokolle der internen Qualitätssicherung für nicht in der Rili-BÄK benannte Messgrößen
- Bescheinigung einer Teilnahme für alle Messgrößen zusätzlich, für nicht in der Rili-BÄK benannte und in Ringversuchslaboratorien angebotene, spezielle Kenngrößen in geeigneten Vergleichslaboratorien
- EDV-gestützte, datenbankbasierte Verwaltung von Informationen zu Prä- und Postanalytik, Analytik, Qualitätssicherung, Chargenkontrolle, Beschwerden, Verbesserungen
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums

B-36.2 *Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten*

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-36.3 *Medizinische Leistungsangebote Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik*

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	Kommentar
VX00	Diagnostik für externe Einsender (Krankenhäuser, niedergelassene Praxen)	s. u.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	Kommentar
VX00	Querschnittseinrichtung als zentraler Dienstleister für laborärztliche Versorgung und Beratung in allen Bereichen der Krankenversorgung	Klin. Chemie, med. Analytik Infektionsserologie (Hep. A/ B/ C/ E) Hämatologie Hämostaseologie Tumormarker Hormondiagn. Allergiediagn. Autoimmundiagn. Liquordiagn. Stoffwechselfdiagn. Therap. Drug Monitoring Immun. Diagn./ Durchflusszytometrie Urindiagn. Blutgasanalytik Molekulare Diagn.

B-36.5 Fallzahlen Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

Im Jahre 2019 wurden etwa 6.2 Mio. Untersuchungen durchgeführt:

- Klinische Chemie: 4.750.000
- Hämostaseologie: 540.000
- Hämatologie: 550.000
- Immunoassays: 190.000
- Autoimmundiagnostik: 70.000
- Medizinische Analytik: 33.000
- Allergiediagnostik: 11.000
- spezielle Hämatologie: 15.000
- Molekulare Diagnostik: 1.300

B-36.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-36.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-36.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Labor Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)

Labor Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	
Kommentar	weitere Abrechnungsarten: AM04 Ermächtigung zur amb. Behandlung AM06 amb. Behandlung im Krankenhaus §116b SGBV [LK03, LK17, LK18] AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM10 MVZ §95 SGBV AM17 amb. spezialfachärztliche Versorgung §116b SGBV [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angeborene Leistung	Querschnittseinrichtung als zentraler Dienstleister für laborärztliche Versorgung und Beratung in allen Bereichen der Krankenversorgung (VX00)

B-36.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-36.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-36.11 Personelle Ausstattung

B-36.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,12	
Ambulant	1,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,18	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,34	
Ambulant	0,48	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,82	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ38	Laboratoriumsmedizin
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

B-36.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

B-37 Institut für Medizinische Mikrobiologie

B-37.1 Allgemeine Angaben Institut für Medizinische Mikrobiologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Medizinische Mikrobiologie
Fachabteilungsschlüssel	3704
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktorin
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Bettina Löffler
Telefon	03641/9-393500
Fax	03641/9-393502
E-Mail	bettina.loeffler@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/mibi/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 15189 und 17025 (Akkreditierung durch die DAkkS (D-ML-13144-24, 02; Geltungsbereich einsehbar über die Anlage der Akkreditierungsurkunde)
- regelmäßige Teilnahme an nationaler und internationaler externer Qualitätssicherung (bakteriologische, mykologische, serologische, virologische und parasitologische Ringversuche über INSTAND e. V., RFB, LGC – RV Hygiene)

- RiliBÄK-analoge Protokolle für die interne Qualitätskontrolle nicht RiliBÄK-pflichtiger Kenngrößen
- Herstellung und Bereitstellung von Untersuchungsmaterial für nationale Ringversuche (Chlamydien, Gonokokken)
- Sollwertlabor für die Auswertung der nationalen Ringversuche in der Bakteriologie, Mykologie, Virologie und Serologie (INSTAND e. V.)
- Konsiliarlaboratorium für Chlamydien-Infektionen des Menschen (bestellt durch BMG) und Ansprechpartner des ECDC
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums

B-37.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
-----------------------------------	----

B-37.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Medizinische Mikrobiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Medizinische Mikrobiologie	Kommentar
VX00	Infektionsdiagnostik für alle Patienten des Universitätsklinikums und für externe Einsender (Krankenhäuser, niedergelassene Praxen)	bakteriologische, serologische, virologische, parasitologische Routine- und Spezialdiagnostik, Krankenhaushygiene Untersuchungen

Insbesondere

- 24 h Rufbereitschaft
- serologische und molekularbiologische Chlamydiendiagnostik und Typisierung von *C. trachomatis* im Rahmen des Konsiliarlabors
- Molekularbiologischer Nachweis schwer anzüchtbarer Erreger
- Diagnostik von S3-Organismen im Sicherheitslabor L3 (*M. tuberculosis*, *C. psittaci*, *C. burnetii*)
- Viruslast im Blut (HIV, CMV, BKV, EBV)
- Virusisolation aus Nativmaterial (nach Anfrage)
- Influenzadiagnostik und Typisierung
- MRSA- und MRGN-Screening
- Anaerobierdiagnostik
- Infektiologisches Monitoring nach Transplantation
- Resistenztestung von *Helicobacter pylori*
- Molekulare Epidemiologie von Hospitalkeimen
- Biologische Tests zur Funktionsüberprüfung von Sterilisatoren (auch für externe Einsender)
- Abteilungsspezifische Antibiotika-Resistenzstatistik
- Erfassung von Hospitalerregern und besonderen Resistenzen nach § 23 IfSG und KRINKO-Empfehlungen
- Sterilkontrollen für Transfusionsmedizin/ Blutprodukte
- Überwachung der aseptischen Herstellung nach GMP in der Apotheke
- Hygienische Umgebungsuntersuchungen und Beratung
- Nachweis von SARS-CoV-2 (nach Absprache auch im Rahmen klinischer Studien bzw. als wissenschaftliche Dienstleistung)

B-37.5 Fallzahlen Institut für Medizinische Mikrobiologie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

bakteriologische Untersuchungen: insgesamt 288.749, davon u.a.

- Blutkulturen = 36.487
- Stuhluntersuchungen = 46.558
- Urindiagnostik = 39.426
- Variauntersuchungen = 163.437
- Tuberkulosedagnostik = 1.712
- Parasitologische Untersuchungen = 1.129

Hygiene und Sterilitätsuntersuchungen: 23240**serologische Untersuchungen: insgesamt 32.206 Befunde mit folgenden Einzelanalytmessungen, u.a.; davon:**

- HSV 8.999
- CMV 7.651
- EBV 11.867
- VZV 9.183
- HIV: 8.559
- Borrelien: 17.362
- Chlamydien: 9.843

virologische Untersuchungen: insgesamt 17.835 Befunde, u.a.

- CMV: 7.489
- EBV: 3.002
- Adenoviren: 3.453
- Influenza A + B: 14.333
- HSV-1 und -2: 4.854
- VZV: 2.282
- Chlamydien: 2.605

B-37.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-37.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-37.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Labor Medizinische Mikrobiologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18] AM10 Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK34, LK35]
Angebotene Leistung	Querschnittseinrichtung als zentraler Dienstleister für mikrobiologische Untersuchungen (VX00)

B-37.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-37.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-37.11 Personelle Ausstattung**B-37.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,94	
Ambulant	0,17	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,56	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
AQ38	Laboratoriumsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF46	Tropenmedizin

B-37.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

B-38 Institut für Physiotherapie**B-38.1 Allgemeine Angaben Institut für Physiotherapie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Physiotherapie
Fachabteilungsschlüssel	3707
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Ulrich C. Smolenski
Telefon	03641/9-325201
Fax	03641/9-325202
E-Mail	ptsek@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/physiotherapie/

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Kommissarischer Direktor ab 01.08.2020
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Norman Best
Telefon	03641/9-325201
Fax	03641/9-325202
E-Mail	ptsek@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/physiotherapie/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- aktive Beteiligung bei der Einführung von Expertenstandards der Pflege (Sturz, Schmerz, Förderung der Harnkontinenz)

- Gremienarbeit:
 - Vize-Präsidentschaft des Ärzteseminars Manuelle Medizin Berlin
 - Mitgliedschaft im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
 - Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates des Bundesverbandes Polio e. V.
 - Mitarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention
- Herausgeber der Zeitschrift "Physikalische Medizin, Rehabilitation, Kurortmedizin"

B-38.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-38.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Physiotherapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Physiotherapie	Kommentar
VX00	Frührehabilitative Komplexbehandlung	stationär, multimodale Schmerztherapie
VX00	Physikalische Therapie	ambulant und stationär
VX00	Physikalische Therapie und erweiterte ambulante Physiotherapie	ambulant, Schwerpunkt Rehabilitation
VX00	Ambulante traumatologische Rehabilitation	
VX00	Spezialsprechstunden	Morbus Bechterew; Kiefergelenkdysfunktion; ambulante traumatologische Rehabilitation; Rehabilitation neurologischer Erkrankungen, speziell Zustand nach Kinderlähmung; Sportverletzungen; Kontinenzsprechstunde; Interdisziplinäre neurologische Sprechstunde; Arthrose; Wirbelsäule

B-38.5 Fallzahlen Institut für Physiotherapie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

Leistungen im Rahmen der stationären Versorgung von Patienten

Leistungskürzel	Anzahl	Bezeichner
B9101	16.527	Krankengymnastik
B9104	3.255	Krankengymnastik Gruppe
B9650	2.130	Ergotherapeutische Einzelbehandlung mit Beratung Patient (ggf. Betreuungsperson)
B9651G	888	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen, mind
D00045	879	Visite
B45A	752	Teamvisite

Leistungskürzel	Anzahl	Bezeichner
B9103	539	Krankengymnastik, je 10 min., zentrale Bewegungsstörung, Erwachsener
B9402	486	zentrale Lymphknotenanstregung
B9102	447	Krankengymnastik zereb. Bewegungsstörung Kind
B9107	433	manuelle Therapie
B9401	316	Massage
B9651	198	Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen, mind. 45 min
B9102A	176	Gerätesequenztraining
IPHYSFGNU	142	Physioth.Frühgebör.Nachunters.
B9403	133	Manuelle Lymphdrainage (ganz)
B9201	104	Hochfrequenztherapie
D00015	96	Einleitung/Koordination therapeut./soziale Maßnahmen
B9101A	79	Mukoviszidosebehandlung
B9652G	68	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen,
B9204	63	Wickel, Kompressen
B9301	61	Niederfrequenz-, Mittelfrequenzstrom
B45B	51	Teamvisite - Anleitung/Beratungsgespräch
B45C	47	Teamvisite - kollegiale Rücksprache
B9303	47	Ultraschall
B9403A	37	Kompressionsbandagierung
B9653	27	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandl
B9405	26	Teilguß, Teilblitzguß, Teilbad
B9652	20	Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mind.
D05110A	18	apparative Bewegungsanalyse
B9654G	15	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen, mind
D00855A	14	Assessments
B9205	13	Warmpackung (Doppel)
B9410	8	Hydroelektrisches Teilbad
B9207	7	Kaltluft pro Gelenk
B9304	6	Gleichstrom, Iontophorese, Exponentialstrom
B9653G	6	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Gruppen
B9202	5	Heiße Rolle
D00269B	5	Akupunktur
B9654	5	Ergotherapeutische Behandlung bei psychisch-funktionellen Störungen, mind. 75 mi
B9655	4	Arbeitstherapie/betriebliches Arbeitstraining, mind. 60 min
D05105	4	BWS/LWS in 2 Ebenen
D05105A	4	apparative Trainingsplanung

Leistungskürzel	Anzahl	Bezeichner
B9206B	4	Kaltpackung
B9203A	3	Teilbad mit Zusatz
B9409	2	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad)

Leistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung von Patienten

- Poliklinikpauschale: 2738
- amb. Rehabilitationsmaßnahmen: 6
- Manuelle Therapie: 4.412
- Krankengymnastik an Geräten: 2.875
- Krankengymnastik bzw. Krankengymnastik im Wasser: 2.505
- Massagen inkl. Spezialmassagen: 858
- Thermotherapie: 1.278
- Elektrotherapiebehandlungen: 696
- Ultraschalltherapiebehandlungen: 866
- Standardisierte Heilmittel-Kombination - D1: 454
- Manuelle Lymphdrainage: 632
- Kryotherapie: 31

B-38.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-38.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-38.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Physiotherapeutische Ambulanz	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Behandlung von Schmerzen und Funktionsstörungen in Muskulatur, Sehnen und Gelenken Sondersprechstunden (siehe B38.3) weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK17] AM07 Privatambulanz AM16 Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V
Angebotene Leistung	Ambulante traumatologische Rehabilitation (VX00)
Angebotene Leistung	medizinische Leistungsangebote gemäß B-43.3 (VX00)
Angebotene Leistung	Physikalische Therapie (VX00)
Angebotene Leistung	Physikalische Therapie und erweiterte ambulante Physiotherapie (VX00)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VX00)

B-38.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-38.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-38.11 Personelle Ausstattung**B-38.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,28

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,46	
Ambulant	1,82	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,46

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,61	
Ambulant	0,85	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt- kompetenzen)	Kommentar
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	4 Fachärzte in der Abteilung

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF02	Akupunktur	3 Ärzte
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	7 Ärzte
ZF27	Naturheilverfahren	4 Ärzte
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	Facharztinhalt
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	2 Ärzte

B-38.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,64	
Ambulant	0,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

B-39 Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie**B-39.1 Allgemeine Angaben Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Fachabteilungsschlüssel	3705
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß
Telefon	03641/9-398020
Fax	03641/9-398022

Chefärztin oder Chefarzt	
E-Mail	bernhard.strauss@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Stoysstraße 3
PLZ/ Ort	07743 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/mpsy/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Abgabe der Tagesklinik nach Beschluss des Vorstandes zum 01.08.2019
- Ausrichtung der 1. Deutschen Tagung zu Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie am 01./02.02.2019
- neue W2-Professur für Soziale Neurowissenschaft ab 01.10.2019 (Prof. Engert)
- aktive Mitarbeit und Unterstützung der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter am UKJ
- in Aus- und Weiterbildung enge Kooperation mit der Akademie für Psychotherapie (Erfurt) und anderen Psychotherapieweiterbildungseinrichtungen bzw. -veranstaltungen; Lehrtätigkeit Prof. Strauß
- Fortbildung in der Anwendung von Instrumenten im Bereich der Therapieforschung
- Gutachterliche Tätigkeit (Sozialgerichtsverfahren, Personenstandsverfahren)
- Angebot psychotraumatologische Nachsorge nach dem OEG
- Fall- und Teamsupervision
- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie der Bundesärzte- und der Bundespsychotherapeutenkammer (Prof. Strauß)
- Aktivitäten in wissenschaftlichen Fachgesellschaften (z.B. Society for Psychotherapy Research (SPR), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie)
- Forschungsk Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut (RKI)
- Mitglied im Fachkollegium Psychologie (104) der DFG bis 02/2020 (Prof. Strauß)
- Herausgebertätigkeit (Prof. Strauß) für mehrere Zeitschriften, Psychotherapeut (Springer-Verlag), Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, PPmP (Thieme Verlag)
- Herausgabe von Büchern und Buchreihen (z.B. Psychoanalyse im Dialog, Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie; Lehrbücher zu Psychosomatik, Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren und Psychotherapie)
- Evaluation eines neuen Versorgungskonzeptes für Krebspatienten in Kooperation mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Saarländischen Krebsgesellschaft, der IKK Südwest, der Knappschaft Saarland, der Techniker Krankenkasse (PIKKO)
- Evaluation der Vergabe von LOM am Universitätsklinikum Jena
- Projekt zur Rolle der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie im Gesundheitssystem der DDR (SiSaP)
- wissenschaftliche Beratung der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Thüringen (apl. Prof. Berger)
- Mitglied der Fachgruppe „Essstörungen“ am Bundesministerium für Gesundheit (apl. Prof. Berger)
- Mitarbeit bei der Weiterentwicklung der kompetenzorientierten Gegenstandskatalogen und des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (PD Rosendahl/ Prof. Strauß)

B-39.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-39.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie	Kommentar
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	bis 31.07.2019 zum Institut gehörend: Behandlung von Erwachsenen mit psychosomatischen Störungen, funktionellen körperlichen Beschwerden (z.B. somatoformen Schmerzstörungen), primär körperlichen Erkrankungen mit begleitenden psychischen Beschwerden, Lebenskrisen und anderen psychischen Problemen
VX00	Stationäre medizinische Behandlung und Psychotherapie im Arbeitsbereich Psychosomatik (10 Betten) in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	
VX00	Psychologische Konsiliar- und Liason-Dienste mit den Schwerpunkten Onkologie und Transplantationsmedizin	

B-39.5 Fallzahlen Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-39.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-39.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-39.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-401	803	Psychosoziale Interventionen
2	1-900	113	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik
3	1-902	33	Testpsychologische Diagnostik

B-39.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**B-39.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Psychotherapie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM04 Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18] AM07 Privatambulanz AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29]

Psychotherapie**Angeborene Leistung** Spezialsprechstunde (VP12)**Medizinische Psychologie****Ambulanzart** Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)**Angeborene Leistung** Spezialsprechstunde (VP12)**B-39.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

B-39.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**Zulassung vorhanden****Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden** Nein**Stationäre BG-Zulassung vorhanden** Nein**B-39.11 Personelle Ausstattung****B-39.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,55	
Ambulant	0,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,47

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,18	
Ambulant	0,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	als Psychologe
ZF35	Psychoanalyse	als Psychologe
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	als Psychologe/ Psychologin

B-39.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0,88	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,88	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP24	Deeskalationstraining

B-40 Institut für Rechtsmedizin**B-40.1 Allgemeine Angaben Institut für Rechtsmedizin**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Rechtsmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3708
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktorin
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Gita Mall
Telefon	03641/9-397100
Fax	03641/9-3971022
E-Mail	Info.Rechtsmedizin@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/remed/

Arbeitsbereiche

- Forensische Medizin
- Forensische Molekulargenetik
- Forensische Toxikologie
- Forensische Entomologie
- Forensische Biomechanik

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 17025 und DIN EN ISO 17020
- Mitarbeit in folgenden Gremien:
 - Arbeitskreise der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (Alkoholkonsum und Nachtrunk, Qualitätssicherung, Klinische Toxikologie, Extraktion)
 - Arbeitskreise der International Society of Forensic Genetics
 - Arbeitskreise der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin
 - Berufsverband Deutscher Rechtsmediziner
 - Bund gegen Alkohol und Drogen im Straßenverkehr e.V. (B.A.D.S.)
 - Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin
 - Thüringer Ambulanz für Kinderschutz am Universitätsklinikum Jena (TAKS)
 - Ethikkommission am Universitätsklinikum Jena
 - Kompetenzzentrum für Gewaltopferuntersuchung
- Ringversuche zur externen Qualitätssicherung:
 - Ringversuch/ Fachgesellschaft/ Titel des Ringversuchs/ Art der Untersuchung/ Anzahl pro Jahr
 - QSA/ GTFCh/ Qualitative Suchanalyse in Urin und Serum/ Untersuchung mit konkreter Fallgeschichte, qualitativ im Urin, quantitativ im Serum/ 3
 - TAB/ GTFCh/ Hirntodfeststellung/ quantitativ im Serum/ 2
 - BTMF/ GTFCh/ Betäubungsmittel im Serum/ quantitativ im Serum/ 3
 - STM/ GTFCh/ Substitutionstherapeutika/ Methadon und Buprenorphin quantitativ im Serum und Urin/ 1
 - UF/ GTFCh/ Wirkstoffscreening im Urin qualitativ/ 3
 - SFD/ GTFCh / Suchstoffanalytik zur Fahreignungsdiagnostik/ quantitativ im Urin/ 3
 - TCA/ GTFCh/ Tricyclische Antidepressiva/ quantitativ im Serum/ 4
 - TDMA/ GTFCh/ Therapeutic Drug Monitoring/ Neuroleptika quantitativ im Serum/ 3
 - TDMB/ GTFCh/ Therapeutic Drug Monitoring/ Antiepileptika quantitativ im Serum/ 3
 - TDMC / GTFCh / Therapeutic Drug Monitoring/ Neuroleptika quantitativ im Serum/ 3
 - TDMD/ GTFCh/ Therapeutic Drug Monitoring/ Antidepressiva quantitativ im Serum/ 3
 - BZF/ GTFCh/ Benzodiazepine im Serum/ quantitativ im Serum/ 3

- ETOH/ GTFCh/ Blutalkoholbestimmung/ quantitativ im Serum/ 4
- BGS/ GTFCh/ Begleitstoffe im Serum/ quantitativ im Serum/ 2
- ETG/ GTFCh/ Ethylglucuronid im Serum und Urin/ quantitativ im Serum und Urin/ 3
- GHB / GTFCh/ GHB in Serum/ 3
- Antimycotica/ Instand e.V./ Antimycotica in Serum/ 1
- ETB/ GTFCh/ Ethanol im Vollblut/ 2
- EG/ RfB/ Ethylglucuronid im Urin/ quantitativ im Urin/ 3
- NIC/ GTFCh/ Cotinin/ quantitativ im Serum/ 2
- GEDNAP/ Spurenkommission/ Spurenringversuch/ DNA-Untersuchung an Spuren/ 1
- Abstammung/ DGAB/ Qualitätssicherung von Abstammungsgutachten/ DNA-Untersuchung an Blutproben zur Feststellung von Vaterschaften/ 1
- DNA-Untersuchung an Knochen/ IRM Halle/ Qualitätssicherung von DNA-Typisierungen an Knochenmaterial/ 1
- Altersdiagnostik/ AGFAD/ Ringversuch der AGFAD/ interdisziplinäre Altersdiagnostik Jugendlicher im Strafverfahren/ 1

B-40.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja

B-40.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Rechtsmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Rechtsmedizin	Kommentar
VX00	Abstammungsbegutachtung	Vaterschaftsfeststellung mittels DNA-Merkmalen
VX00	Bildidentifikation	morphologische Gutachten zur Identität lebender Personen auf Bildern
VX00	Entomologische Begutachtung	Bestimmung der Leichenliegezeit anhand entomologischer Gegebenheiten
VX00	Begutachtung von Tatorten	Leichenschau und Dokumentation der Auffindesituation an Tatorten
VX00	Konsile	Körperliche Untersuchung von Kindern im Rahmen von TAKS (Thüringer Ambulanz für Kinderschutz)
VX00	Leichenschau zur Feststellung des Todes, der Identität des Verstorbenen, der Todeszeit, der Todesursache und der Todesart	Obduktion, Nachweis übereinstimmender Individualmerkmale, Autoptische Sicherung innerer Merkmale, Odontologische Identifizierung, Molekulargenetische Untersuchungen
VX00	Klinische Toxikologie	Untersuchungen bei Vergiftungen durch Drogen, Medikamente und Gifte wie Kohlenmonoxid, Cyanid, Lösungsmittel, Ethylenglykol oder Pflanzenschutzmittel, Therapeutic Drug Monitoring insbesondere von Psychopharmaka und zahlreicher weiterer spezieller Arzneistoffe, 24-h-Rufbereitschaftsdienst
VX00	Biomechanische Begutachtung	Begutachtung der Verletzungsmechanik zur Rekonstruktion der Entstehung der Verletzungen bzw. zur Rekonstruktion der Todesumstände
VX00	Gewaltopferuntersuchung	Körperliche Untersuchung durch einen Arzt mit Erfassung von Verletzungsmustern

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Rechtsmedizin	Kommentar
VX00	Forensische Molekulargenetik	Untersuchung biologischer Spuren, Individualzuordnung mit Hilfe der DNA-Analyse, dem so genannten genetischen Fingerabdruck
VX00	Forensische Altersdiagnostik	Körperliche Untersuchung durch einen Arzt mit Erfassung anthropometrischer Maße, Röntgenuntersuchung der linken Hand, Erhebung des Zahnstatus, Röntgen- oder CT-Untersuchung der Brustbein-Schlüsselbeingelenke
VX00	Chimärismusuntersuchung	Bestimmung von DNA-Identifizierungsmustern bei Spendern und Empfängern sowie Verlaufskontrollen
VX00	Blutspurenmusteranalyse	Erfassung, Beschreibung, Dokumentation und Interpretation einzelner Blutspuren oder deren Muster
VX00	Begutachtung	Begutachtung von Verletzungen, Begutachtung der Kausalität von Unfällen und Verletzungsfolgen, Begutachtung bei Verdacht auf ärztliche oder pflegerische Sorgfaltspflichtverletzung, Begutachtung der Fahrtüchtigkeit insbesondere unter Alkohol-, Drogen- und Medikamenteneinfluss
VX00	Alkoholanalytik	Alkoholbestimmung für forensische Zwecke und in Obduktionsmaterial, Begleitstoffanalyse, Kurzurückrechnungen
VX00	Forensische Toxikologie	Forensische Toxikologie auf der Rechtsgrundlage § 24a StVG, § 315 und § 316 StGB, Untersuchungen bei Vergiftungen durch Drogen, Medikamente und Gifte wie Kohlenmonoxid, Cyanid, Lösungsmittel, Ethylenglykol oder Pflanzenschutzmittel, Nachweis der Drogenfreiheit, Haaranalysen
VX00	Krematoriumsleichenschau	Amtsärztliche Leichenschau vor Feuerbestattung

B-40.5 Fallzahlen Institut für Rechtsmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

Leistungen:

- Alkohol- und Begleitstoffanalytiken: 2.902
- Klinische Toxikologie: 6.900
- Forensische Toxikologie: 3.189
- Leichenschauen zur Feststellung des Todes, der Identität des Verstorbenen, der Todeszeit, der Todesursache und der Todesart: 850
- Chimärismusuntersuchung: 1.230
- Spurenuntersuchungen in der Forensischen Molekulargenetik: 20.783
- Begutachtungen Gewaltopferuntersuchung: 98
- Rückrechnungs-Kurzgutachten: 209
- Forensische Altersdiagnostik: 1
- Allgemeine rechtsmedizinische Gutachten: 232
- Blutspurenmusteranalyse: 2
- Krematoriumsleichenschau: 13.341
- Biomechanische/ chemische Begutachtung: 35
- Bildidentifikation: 94
- Entomologische Begutachtung: 4

- Begutachtung von Tatorten: 18
- Konsile: 38
- Untersuchungen zu Abstammungsbegutachtungen: 742

B-40.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-40.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-40.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

DNA KV	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Bestimmung von DNA-Identifizierungsmustern bei Spendern und Empfängern
Angebotene Leistung	Chimärismusuntersuchung (VX00)

Toxikologie D	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Untersuchungen bei Vergiftungen Alkoholbestimmung für forensische Zwecke Begleitstoffanalyse Forensische Toxikologie auf der Rechtsgrundlage § 24a StVG, § 315 und § 316 StGB
Angebotene Leistung	Alkoholanalytik (VX00)
Angebotene Leistung	Forensische Toxikologie (VR00)

Toxikologie KV	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	Untersuchungen bei Vergiftungen durch Drogen, Medikamente und Gifte, Therapeutic Drug Monitoring weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK03, LK18] AM11 vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Angebotene Leistung	Klinische Toxikologie (VX00)

B-40.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-40.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-40.11 Personelle Ausstattung

B-40.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ57	Rechtsmedizin

B-40.11.2 Pflegepersonal

Trifft nicht zu.

B-41 Institut für Rechtsmedizin - Pathologie**B-41.1 Allgemeine Angaben Institut für Rechtsmedizin - Pathologie**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Rechtsmedizin - Pathologie
Fachabteilungsschlüssel	3706
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktor, ab 01.04.2019
Titel, Vorname, Name	Prof Dr. Nikolaus Gaßler
Telefon	03641/9-397000
Fax	03641/9-397040
E-Mail	pathologie@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/pathologie/

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Kommissarische Leitung, 01.02.2017 - 31.03.2019
Titel, Vorname, Name	Univ.-Prof. Dr. med. Gita Mall
Telefon	03641/9-397100
Fax	03641/9-397102
E-Mail	pathologie@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/pathologie/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Mitglied des zertifizierten Onkologischen Zentrums (<https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html>)
- Teilnahme an den interdisziplinären Tumorboards laut Wochenübersicht des UniversitätsTumor-Centrums; s. <https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Patienten+und+Angehörige/Ansprechpartner/Tumorkonferenzen+am+UKJ.html>
- routinemäßige interne Qualitätskontrolle auf dem Wege ständiger Einholung von Zweit- und Drittmeinungen in diagnostisch relevanter Fragen
- Referenzzentrum Weichteiltumore und Lungentumore; deutschlandweit
- Teilnahme an zahlreichen Ringversuchen
- Partner des zertifizierten Perinatalzentrums
- Akkreditierung nach DIN EN ISO 17020:2012 (Audit Juni 2019)

B-41.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-41.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Rechtsmedizin - Pathologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Rechtsmedizin - Pathologie
VX00	Histopathologische Diagnostik
VX00	Durchführung von Schnellschnitten sämtlicher chirurgischen Fächer einschließlich Neurochirurgie
VX00	Immunhistochemie und Diagnostische Molekularpathologie
VX00	Immunhistochemische Diagnostik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Rechtsmedizin - Pathologie
VX00	Molekulare Pathologie
VX00	Durchführung von Sektionen für alle Kliniken des Universitätsklinikums und auswärtige Einrichtungen
VX00	Ultrastrukturpathologie
VX00	Untersuchung von Feten in einem Arbeitskreis gemeinsam mit Geburtshelfern und Anatomen
VX00	Zytologische Diagnostik
VX00	Neuropathologische Diagnostik einschließlich neuropathologischer Schnellschnitte
VX00	Referenzzentrum für Weichgewebs- und Lungentumoren

B-41.5 Fallzahlen Institut für Rechtsmedizin - Pathologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

Fallzahlen

- Histopathologische Begutachtung: 20.954
- Schnellschnitte: 916
- Immunhistologische Untersuchungen: 27.196
- Molekularpathologische Untersuchungen: 569
- Sektionen der Pathologie: 67
- Sektionen der Neuropathologie: 69
- Fetensektionen: 26
- Zytologische Begutachtung: 3.386
- Neuropathologische Begutachtungen: 597
- Referenzzentrum für Weichgewebs- und Lungentumoren: 601

B-41.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-41.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-41.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Pathologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM09 D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz AM17 ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V [LK29, LK33, LK34, LK35, LK36]
Angebotene Leistung	Gesamte Bandbreite der histologischen, immunhistologischen, molekularpathologischen sowie neuropathologischen Untersuchungen (VX00)

B-41.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-41.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-41.11 Personelle Ausstattung**B-41.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,34	
Ambulant	1,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,56	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,07	
Ambulant	0,72	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ43	Neuropathologie	
AQ46	Pathologie	Weiterbildungsbefugnis

B-41.11.2 Pflegepersonal

Trifft nicht zu.

B-42 Institut für Transfusionsmedizin**B-42.1 Allgemeine Angaben Institut für Transfusionsmedizin**

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Institut für Transfusionsmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3709
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit
Ärztliche Leitung	
Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Silke Rummler
Telefon	03641/9-325525
Fax	03641/9-325522
E-Mail	sekretariat.itm@med.uni-jena.de
Straße/ Nr.	Am Klinikum 1
PLZ/ Ort	07747 Jena
Homepage	https://www.uniklinikum-jena.de/transfusionsmedizin/

Besondere Aspekte des Qualitätsmanagements

- Die Laborbereiche des Instituts sind nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert.
- gesetzeskonformes Arbeiten unter Beachtung der Leitlinien der Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer und des Paul-Ehrlich-Institutes, des Robert-Koch-Institutes
- Teilnahme an Ringversuchen: INSTAND e. V. (national für Immunhämatologie, Immungenetik und Infektionsserologie)
- jährliche Inspektionen durch die Bundes- und Landesbehörde und andere
- Führung des QM-Handbuches des UKJ für klinische Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaprodukten im Klinikum einschließlich Meldung unerwünschter Nebenwirkungen
- Führung der Transfusionsbeauftragten des UKJ
- Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen des UniversitätsTumorCentrums am UKJ
- Teilnahme an Transplantationsbesprechungen thorakale Organe

B-42.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-42.3 Medizinische Leistungsangebote Institut für Transfusionsmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Transfusionsmedizin	Kommentar
VX00	Arzneimittelherstellung	Herstellung von peripheren Blutstammzellen
VX00	Zellapharesen	Apheresespenden
VX00	Therapeutische Anwendungen	<ul style="list-style-type: none"> - Transfusion von Blutkomponenten - Hämodilution/ Aderlass - plasma- und zellbasierte extrakorporale therapeutische Anwendungen (Immunadsorption, Lipidapherese, Plasmaaustausch, Zelldepletion/ -austausch, Photopherese)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Institut für Transfusionsmedizin	Kommentar
VX00	Look back Untersuchungen nach TFG für das UKJ	
VX00	Labor für Transplantationsimmunologie - Eurotransplantlabor des Freistaates Thüringen, EFI-akkreditiert seit 2003, DIN EN ISO 15189:2014	- serologische Typisierung - Diagnostik von Allo- und Auto-Antikörpern und Verträglichkeitsuntersuchungen
VX00	Labor für Transfusionelle Diagnostik- akkreditiert nach DIN EN ISO 15189:2014	Immunhämatologische und prätransfusionelle Diagnostik sowie Führung Blutkonservendepot. Stationäre und ambulante Versorgung mit Blutprodukten des UKJ, anderer Krankenhäuser und von niedergelassenen Praxen einschließlich immunologischer Kompatibilitätstestungen.

B-42.5 Fallzahlen Institut für Transfusionsmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

Leistungen:

Blutdepot

- Erythrozytenkonzentrate: 23.057
- Thrombozytenkonzentrate: 7.160
- Thrombozytenkonzentrate kompatibel 969
- Gefrorenes Apherese frischplasma: 3.659
- Blutstammzellspender autolog: 66
- Blutstammzellspender verwandt allogene: 4
- Blutstammzellspender nicht verwandt allogene: 45
- allogene Blutstammzellen aus Knochenmark: 5
- Donorlymphozytenspender: 4
- mononukleäre Zellen für CAR-T-Zellen: 5
- Bestrahlungsvorgänge: 8.975
-

Therapeutische Apherese/ Therapien (ambulant)

- Hämodilution/ Aderlass: 156

Therapeutische Apherese/ Therapien (stationär)

- Leistungen unter B-42.7.1

Prätransfusionelle Diagnostik

- Blutgruppenbestimmungen: 36.928
- Durchführung von 67.155 serologischen Verträglichkeitsproben
- Durchführung von 69.551 Antikörpersuchtests

B-42.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-42.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**B-42.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-824	249	Photopherese
2	8-821	184	Immunadsorption und verwandte Verfahren
3	8-820	94	Therapeutische Plasmapherese
4	8-822	68	LDL-Apherese
5	8-825	57	Spezielle Zellaphereseverfahren
6	8-823	< 4	Zellapherese

B-42.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**B-42.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

AB Transplantationsimmunologie	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Angebotene Leistung	Leistungsverzeichnis des Institutes: https://www.uniklinikum-jena.de/transfusionsmedizin/Untersuchungsverzeichnis.html (VX00)

AB Transfusionelle Diagnostik und Depot für Arzneimittel aus Blut	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM10 Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Angebotene Leistung	Leistungsverzeichnis des Institutes: https://www.uniklinikum-jena.de/transfusionsmedizin/Untersuchungsverzeichnis.html (VX00)

AB Therapien	
Ambulanzart	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (AM01)
Kommentar	weitere Abrechnungsarten der Ambulanz: AM06 ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V [LK18]
Angebotene Leistung	Durchführung von extrakorporalen Therapien: Immunadsorption, Zellapheresen, Plasmaaustausch, Photopheresen, Lipidapheresen (VX00)
Angebotene Leistung	Hämodilution, Aderlass, Eigenbluttransfusion (VX00)

B-42.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-42.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-42.11 Personelle Ausstattung**B-42.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,18	
Ambulant	0,72	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,56	
Ambulant	0,46	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ59	Transfusionsmedizin	Ausbildungsstätte zum Facharzt für Transfusionsmedizin und Weiterbildung für neu eingestellte Ärzte (Hämotherapien)

B-42.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,77	
Ambulant	0,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,87	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (ergänzt am 25.05.2021)

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	231	100,0
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	48	100,0
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	46	102,2
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	69	100,0
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	18	100,0
Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	28	100,0
Karotis-Revaskularisation (10/2)	147	100,0
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	593	100,5
Geburtshilfe (16/1)	1442	100,2
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	89	100,0
Mammachirurgie (18/1)	225	100,0
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	586	100,5
Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie) (HCH)	612	100,3
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO) ¹	196	101,0
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)		
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	160	100,0
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	137	99,3
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft- Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	25	104,0
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen (HTXM)	28	100,0
Herzunterstützungssysteme/Kunsterzen (HTXM_MKU)	23	100,0
Herztransplantation (HTXM_TX)	5	100,0
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	57	100,0
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	44	97,7
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE)	13	107,7
Leberlebendspende (LLS)	13	100,0
Lebertransplantation (LTX)	65	100,0

¹ In den Leistungsbereichen kathetergestützte Aortenklappenimplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate
Lungen- und Herz-Lungen transplantation (LUTX)	12	100,0
Neonatalogie (NEO)	275	100,7
Nierenlebendspende (NLS)	7	100,0
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	321	100,0
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	40	100,0

C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren.

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereiche, die auf Landes- und Bundesebene verglichen werden

Land

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch</p>

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
		<p>auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit			
Bundesergebnis		0,88	
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,86 - 0,89	
Rechnerisches Ergebnis		1,11	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,77 - 1,56	
Grundgesamtheit		222	
Beobachtete Ereignisse		27	
Erwartete Ereignisse		24,40	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich		<= 3,43 (95. Perzentil)	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert	

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Kürzel Leistungsbereich		09n1-HSM-IMPL	
Bezeichnung des Ergebnisses		Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID		101801	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	<p>beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	$\leq 2,60\%$
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalku-

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	<p>latorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	56,49
Vertrauensbereich (bundesweit)	56,14 - 56,85
Rechnerisches Ergebnis	72,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	65,87 - 77,66
Grundgesamtheit	219
Beobachtete Ereignisse	158
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	"Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,55
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,37 - 93,72
Rechnerisches Ergebnis	91,56
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,19 - 94,53
Grundgesamtheit	225
Beobachtete Ereignisse	206
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	"Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
		<p>Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		
Bundesergebnis		1,01
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis		1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		-
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 2,83 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich

Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)

Leistungsbereich		Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)	
Kürzel Leistungsbereich		09n2-HSM-AGGW	
Bezeichnung des Ergebnisses		Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID		111801	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>"Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/"</p>	
Einheit		%	
Bundesergebnis		0,17	
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,11 - 0,24	
Rechnerisches Ergebnis		0,00	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,00 - 7,41	
Grundgesamtheit		48	
Beobachtete Ereignisse		0	
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich		<= 2,30 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10	
Qualitative Bewertung Ver-		unverändert	

Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
gleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich	10n2-KAROT
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	11704
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>"Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/"</p>
Einheit	
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis	0,33

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,06 - 1,78	
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	<= 3,14 (95. Perzentil)	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert	

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich	10n2-KAROT	
Bezeichnung des Ergebnisses	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)	
Ergebnis-ID	11724	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können</p>	

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
		unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		
Bundesergebnis		0,94
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis		0,56
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,10 - 3,04
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich		09n3-HSM-REV
Bezeichnung des Ergebnisses		Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID		121800
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs

Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,2
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,87
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	$\leq 3,10\%$
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kürzel Leistungsbereich	09n4-DEFI-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	<p>Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 0,89
Rechnerisches Ergebnis	0,82
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,40 - 1,56
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	8,59
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 2,76 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Kürzel Leistungsbereich		09n4-DEFI-IMPL	
Bezeichnung des Ergebnisses		Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID		131802	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit		%	
Bundesergebnis		0,89	
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,77 - 1,02	
Rechnerisches Ergebnis			
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		-	
Grundgesamtheit			
Beobachtete Ereignisse			
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich		<= 2,50 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kürzel Leistungsbereich	09n4-DEFI-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	58,41
Vertrauensbereich (bundesweit)	57,74 - 59,07
Rechnerisches Ergebnis	71,21
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	59,36 - 80,73
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Be-	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
richtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Kürzel Leistungsbereich	09n5-DEFI-AGGW
Bezeichnung des Ergebnisses	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,31
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,21 - 0,44
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 17,59
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Krankenhaus	
Referenzbereich	<= 3,80 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Kürzel Leistungsbereich	09n6-DEFI-REV
Bezeichnung des Ergebnisses	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	151800
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,26 - 1,8
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Kranken-	-

Leistungsbereich		Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
haus)		
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	<= 2,90 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	H20	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich	10n2-KAROT	
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Eingriffs oder nach dem Eingriff an der Halsschlagader ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind	
Ergebnis-ID	161800	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	3,38	

Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,3 - 4,94
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Kürzel Leistungsbereich	16n1-GEBH
Bezeichnung des Ergebnisses	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen
Ergebnis-ID	181800
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in</p>

Leistungsbereich		Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
		dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		
Bundesergebnis		0,89
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,82 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis		0,82
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,15 - 4,64
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 3,35 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich		HEP
Bezeichnung des Ergebnisses		Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID		191914
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindi-

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
		<p>kator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
Einheit		
Bundesergebnis		0,99
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,95 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis		0,93
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,40 - 2,05
Grundgesamtheit		82
Beobachtete Ereignisse		5
Erwartete Ereignisse		5,40
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich		PNEU
Bezeichnung des Ergebnisses		Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID		2005
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,59
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,54 - 98,63
Rechnerisches Ergebnis	96,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,48 - 97,81
Grundgesamtheit	316
Beobachtete Ereignisse	304
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	PNEU
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,63
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,59 - 98,68
Rechnerisches Ergebnis	96,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,40 - 97,79
Grundgesamtheit	312
Beobachtete Ereignisse	300
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	PNEU
Bezeichnung des Ergebnisses	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	ten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,29
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,92 - 97,62
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	PNEU

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Bezeichnung des Ergebnisses	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2009
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,26
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,17 - 95,35
Rechnerisches Ergebnis	96,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,23 - 97,73
Grundgesamtheit	304
Beobachtete Ereignisse	292
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	PNEU
Bezeichnung des Ergebnisses	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	94,24
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,11 - 94,37
Rechnerisches Ergebnis	93,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,20 - 95,96
Grundgesamtheit	172
Beobachtete Ereignisse	160
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	PNEU
Bezeichnung des Ergebnisses	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,04
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,94 - 96,13
Rechnerisches Ergebnis	95,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,97 - 97,41
Grundgesamtheit	184
Beobachtete Ereignisse	175
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	PNEU
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,57
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,51 - 98,63
Rechnerisches Ergebnis	95,43
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,24 - 97,67
Grundgesamtheit	175
Beobachtete Ereignisse	167
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich		Operative Behandlung von Brustkrebs	
Kürzel Leistungsbereich	18n1-MAMMA		
Bezeichnung des Ergebnisses	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen		
Ergebnis-ID	211800		
Art des Wertes	QI		
Bezug zum Verfahren	QSKH		
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>		
Einheit	%		
Bundesergebnis	99,01		
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,93 - 99,09		
Rechnerisches Ergebnis	100,00		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,47 - 100,00		
Grundgesamtheit	148		
Beobachtete Ereignisse	148		
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich	>= 95,65 % (5. Perzentil)		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Kürzel Leistungsbereich		09n1-HSM-IMPL	
Bezeichnung des Ergebnisses		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, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation	
Ergebnis-ID		2194	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit			
Bundesergebnis		1,02	
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,98 - 1,05	
Rechnerisches Ergebnis		1,04	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		-	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Grundgesamtheit	141
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 2,67 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
		Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		
Bundesergebnis		0,95
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,82 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis		0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		-
Grundgesamtheit		139
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 6,17 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich		PNEU
Bezeichnung des Ergebnisses		Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID		231900
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	12,89
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,76 - 13,02
Rechnerisches Ergebnis	16,14
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,49 - 20,60
Grundgesamtheit	316
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Kürzel Leistungsbereich	16n1-GEBH
Bezeichnung des Ergebnisses	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)
Ergebnis-ID	321
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleich-</p>

Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	bar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0,40
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,17 - 0,94
Grundgesamtheit	1243
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kürzel Leistungsbereich	09n4-DEFI-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel o-

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
		der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/	
Einheit		%	
Bundesergebnis		97,14	
Vertrauensbereich (bundesweit)		96,91 - 97,35	
Rechnerisches Ergebnis		100,00	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		94,73 - 100,00	
Grundgesamtheit		69	
Beobachtete Ereignisse		69	
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich		>= 90,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert	

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
Kürzel Leistungsbereich		NEO	
Bezeichnung des Ergebnisses		Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID		50050	
Art des Wertes		TKez	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-	

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
		Umsetzungskonzept.pdf Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		
Bundesergebnis		0,97
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,87 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis		2,80
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		1,46 - 5,01
Grundgesamtheit		53
Beobachtete Ereignisse		8
Erwartete Ereignisse		2,86
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich		NEO
Bezeichnung des Ergebnisses		Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID		50052
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektio-		Nein

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
nen	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,61
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,14
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Ver-	

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
gleich vorheriges Berichtsjahr			
Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
Kürzel Leistungsbereich	NEO		
Bezeichnung des Ergebnisses	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 Kinder)		
Ergebnis-ID	50053		
Art des Wertes	TKez		
Bezug zum Verfahren	QSKH		
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>		
Einheit			
Bundesergebnis	0,98		
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,9 - 1,08		
Rechnerisches Ergebnis	1,28		
Vertrauensbereich (Kranken-	0,56 - 2,65		

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
haus)		
Grundgesamtheit		36
Beobachtete Ereignisse		5
Erwartete Ereignisse		3,89
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kürzel Leistungsbereich		09n4-DEFI-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses		Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID		50055
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>	
Einheit		%
Bundesergebnis		89,76
Vertrauensbereich (bundesweit)		89,35 - 90,15
Rechnerisches Ergebnis		92,75
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		84,13 - 96,87
Grundgesamtheit		69
Beobachtete Ereignisse		64
Erwartete Ereignisse		

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	50060
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleich-</p>

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	bar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,37
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,77 - 2,39
Grundgesamtheit	217
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	8,05
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 2,70 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	50062
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für</p>

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	<p>die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	0,84 - 0,95
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,62 - 2,80
Rechnerisches Ergebnis	127
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6
Grundgesamtheit	4,50
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	<= 2,25 (95. Perzentil)
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Referenzbereich	R10
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	Ein Hörtest wurde durchgeführt
Ergebnis-ID	50063
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	98,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,98 - 98,15
Rechnerisches Ergebnis	97,78
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,90 - 99,05
Grundgesamtheit	225
Beobachtete Ereignisse	220
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50069
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
		<p>die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		
Bundesergebnis		0,94
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,86 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis		1,42
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,66 - 2,85
Grundgesamtheit		55
Beobachtete Ereignisse		6
Erwartete Ereignisse		4,22
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 2,70 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich		NEO
Bezeichnung des Ergebnis-		Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Le-

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
ses	bendgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50074
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,49
Grundgesamtheit	204
Beobachtete Ereignisse	0

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Erwartete Ereignisse	7,73
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich	KEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,34
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,05 - 3,66
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 21,53
Grundgesamtheit	14

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 11,00 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Kürzel Leistungsbereich	18n1-MAMMA
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, wurden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten und bei denen die Brust nicht entfernt wurde, sondern brusterhaltend operiert wurde)
Ergebnis-ID	50719
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,88
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,35 - 5,48
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Kranken-	0,00 - 18,43

Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
haus)	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 6,33 % (80. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	PNEU
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,72
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,65 - 96,79
Rechnerisches Ergebnis	85,34

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,95 - 88,86
Grundgesamtheit	307
Beobachtete Ereignisse	262
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A41
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Kürzel Leistungsbereich	PNEU
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	50778
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfah-</p>

Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	rens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1
Rechnerisches Ergebnis	1,64
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,24 - 2,14
Grundgesamtheit	308
Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	26,81
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 1,88 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	Lebendgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen)
Ergebnis-ID	51070
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,41
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	U32
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Ergebnis-ID	51076
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	3,25
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,93 - 3,61
Rechnerisches Ergebnis	15,09

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	7,85 - 27,05
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Ergebnis-ID	51078
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,28
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,87 - 3,75
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,15

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
haus)			
Grundgesamtheit		34	
Beobachtete Ereignisse		0	
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich			
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr			
Qualitative Bewertung Berichtsjahr			
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr			

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
Kürzel Leistungsbereich		NEO	
Bezeichnung des Ergebnisses		Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurde	
Ergebnis-ID		51079	
Art des Wertes		TKez	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf	
Einheit		%	
Bundesergebnis		5,65	
Vertrauensbereich (bundesweit)		5,15 - 6,19	
Rechnerisches Ergebnis		13,89	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		6,08 - 28,66	
Grundgesamtheit		36	
Beobachtete Ereignisse		5	
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kürzel Leistungsbereich	09n4-DEFI-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	51186
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnom-</p>

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
		men werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		
Bundesergebnis		0,95
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,8 - 1,12
Rechnerisches Ergebnis		1,30
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,23 - 6,94
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 4,71 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich		09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses		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)
Ergebnis-ID		51191
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis</p>

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
		<p>außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		
Bundesergebnis		1
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,94 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis		0,42
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,07 - 2,35
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 4,42 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Kürzel Leistungsbereich		09n6-DEFI-REV
Bezeichnung des Ergebnisses		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)
Ergebnis-ID		51196
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein

Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	1,14
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,32
Rechnerisches Ergebnis	1,69
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,59 - 4,30
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 3,37 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10

Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Kürzel Leistungsbereich	18n1-MAMMA
Bezeichnung des Ergebnisses	Zwischen dem Zeitpunkt, wann der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Ergebnis-ID	51370
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,31
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,16 - 3,46
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,03
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 13,55 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Qualitative Bewertung Berichts-jahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Kürzel Leistungsbereich	16n1-GEBH
Bezeichnung des Ergebnisses	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; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51397
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	

Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,73
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,74 - 4,03
Grundgesamtheit	1243
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,89
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n3-HSM-REV
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	51404
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu</p>

Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	<p>beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	#
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,75 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,94
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,67 - 5,19
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 4,34 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich	10n2-KAROT
Bezeichnung des Ergebnisses	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51437
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
		<p>die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		%
Bundesergebnis		98,36
Vertrauensbereich (bundesweit)		97,83 - 98,76
Rechnerisches Ergebnis		100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		86,20 - 100,00
Grundgesamtheit		24
Beobachtete Ereignisse		24
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich		10n2-KAROT
Bezeichnung des Ergebnisses		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)
Ergebnis-ID		51443
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektio-		Nein

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
nen		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	99,02	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,5 - 99,36	
Rechnerisches Ergebnis	100,00	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,25 - 100,00	
Grundgesamtheit	10	
Beobachtete Ereignisse	10	
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert	

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich	10n2-KAROT	
Bezeichnung des Ergebnisses	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	

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
		auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Ergebnis-ID		51445
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit		%
Bundesergebnis		1,88
Vertrauensbereich (bundesweit)		1,41 - 2,5
Rechnerisches Ergebnis		0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,00 - 16,11
Grundgesamtheit		20
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich		10n2-KAROT

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Bezeichnung des Ergebnisses	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)	
Ergebnis-ID	51448	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	3,11	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,89 - 5,07	
Rechnerisches Ergebnis	0,00	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99	
Grundgesamtheit	4	
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	
Kürzel Leistungsbereich	16n1-GEBH		
Bezeichnung des Ergebnisses	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; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)		
Ergebnis-ID	51831		
Art des Wertes	QI		
Bezug zum Verfahren	QSKH		
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>		
Einheit			
Bundesergebnis	0,96		
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 1,07		
Rechnerisches Ergebnis	1,35		

Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,37 - 4,79
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 4,69 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Ergebnis-ID	51832
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	4,04
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,68 - 4,43
Rechnerisches Ergebnis	15,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	7,85 - 27,05
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51837
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnom-</p>

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	men werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	2,32
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,20 - 4,15
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	3,45
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Ergebnis-ID	51838
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	1,71
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,49 - 1,97
Rechnerisches Ergebnis	

Leistungsbereich Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	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 Kinder)
Ergebnis-ID	51843
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-</p>

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
		Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		
Bundesergebnis		0,8
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,69 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis		0,57
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,10 - 3,03
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Operative Behandlung von Brustkrebs
Kürzel Leistungsbereich		18n1-MAMMA
Bezeichnung des Ergebnisses		Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt
Ergebnis-ID		51846
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-

Leistungsbereich		Operative Behandlung von Brustkrebs	
		Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf	
		Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/	
Einheit		%	
Bundesergebnis		97,68	
Vertrauensbereich (bundesweit)		97,56 - 97,78	
Rechnerisches Ergebnis		99,40	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		96,71 - 99,89	
Grundgesamtheit		168	
Beobachtete Ereignisse		167	
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich		>= 95,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert	

Leistungsbereich		Operative Behandlung von Brustkrebs	
Kürzel Leistungsbereich		18n1-MAMMA	
Bezeichnung des Ergebnisses		Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen notwendig (in den Wächterlymphknoten können sich Krebszellen ansiedeln; wenn diese nachgewiesen werden, können sie für einen weiteren Befall der Achselhöhle sprechen)	
Ergebnis-ID		51847	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Re-	

Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	ferenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,74 - 97,11
Rechnerisches Ergebnis	98,68
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,92 - 99,77
Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	75
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich	10n2-KAROT
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
Ergebnis-ID	51859
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Ver-

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
		sorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		%
Bundesergebnis		2,84
Vertrauensbereich (bundesweit)		2,51 - 3,21
Rechnerisches Ergebnis		0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,00 - 7,56
Grundgesamtheit		47
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich		10n2-KAROT
Bezeichnung des Ergebnisses		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)
Ergebnis-ID		51860
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	
		<p>der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit		%	
Bundesergebnis		3,47	
Vertrauensbereich (bundesweit)		2,77 - 4,33	
Rechnerisches Ergebnis			
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		-	
Grundgesamtheit			
Beobachtete Ereignisse			
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich			
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr			
Qualitative Bewertung Berichtsjahr			
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr			

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	
Kürzel Leistungsbereich		10n2-KAROT	
Bezeichnung des Ergebnisses		Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID		51865	
Art des Wertes		TKez	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen	

Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	<p>chen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	2,61
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,46 - 13,44
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich	10n2-KAROT	
Bezeichnung des Ergebnisses	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)	
Ergebnis-ID	51873	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit		
Bundesergebnis	1,04	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,17	
Rechnerisches Ergebnis	1,19	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,21 - 6,11	

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	<= 3,15 (95. Perzentil)	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert	

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO	
Bezeichnung des Ergebnisses	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten	
Ergebnis-ID	51901	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>	

Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
		Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/	
Einheit			
Bundesergebnis		0,98	
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,93 - 1,03	
Rechnerisches Ergebnis		1,92	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		1,28 - 2,69	
Grundgesamtheit		55	
Beobachtete Ereignisse		18	
Erwartete Ereignisse		9,38	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich		<= 2,08 (95. Perzentil)	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert	

Leistungsbereich		Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	
Kürzel Leistungsbereich		DEK	
Bezeichnung des Ergebnisses		Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID		52009	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch	

Leistungsbereich		Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
		<p>verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
Einheit		
Bundesergebnis		0,99
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,98 - 1
Rechnerisches Ergebnis		1,50
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		-
Grundgesamtheit		46861
Beobachtete Ereignisse		241
Erwartete Ereignisse		160,32
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 2,13 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich		DEK
Bezeichnung des Ergebnisses		Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID		52010
Art des Wertes		QI

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	Es wurden erfolgreich Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe abgeleitet, die regelmäßig auf ihre Effektivität hin kontrolliert werden. Im Jahr 2020 entwickelte kein Patient während des Klinikaufenthalts schwerste Druckgeschwüre Grad 4.
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A41
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verschlechtert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kürzel Leistungsbereich	09n4-DEFI-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,64
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,33 - 91,94
Rechnerisches Ergebnis	98,81
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,56 - 99,79
Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	83
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Art des Wertes		QI	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit		%	
Bundesergebnis		88,83	
Vertrauensbereich (bundesweit)		88,63 - 89,04	
Rechnerisches Ergebnis		93,19	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		89,61 - 95,60	
Grundgesamtheit		279	
Beobachtete Ereignisse		260	
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich		>= 60,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert	

Leistungsbereich		Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	
Kürzel Leistungsbereich		DEK	
Bezeichnung des Ergebnisses		Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) ent-	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	standen ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,05 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,04 - 0,08
Grundgesamtheit	46861
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	
Kürzel Leistungsbereich	10n2-KAROT		
Bezeichnung des Ergebnisses	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		
Ergebnis-ID	52240		
Art des Wertes	QI		
Bezug zum Verfahren	QSKH		
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>		
Einheit	%		
Bundesergebnis	9,2		
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,74 - 14,41		
Rechnerisches Ergebnis			
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-		
Grundgesamtheit			
Beobachtete Ereignisse			
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich	Sentinel Event		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01		
Qualitative Bewertung Ver-	eingeschränkt/nicht vergleichbar		

Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	gleich vorheriges Berichtsjahr

Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Kürzel Leistungsbereich	16n1-GEBH
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	52249
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1
Rechnerisches Ergebnis	0,77

Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,70 - 0,83
Grundgesamtheit	1432
Beobachtete Ereignisse	388
Erwartete Ereignisse	505,64
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 1,24 (90. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Kürzel Leistungsbereich	NEO
Bezeichnung des Ergebnisses	Wachstum des Kopfes
Ergebnis-ID	52262
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	9,89
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,43 - 10,38

Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Rechnerisches Ergebnis	15,94
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,14 - 26,33
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 22,38 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Kürzel Leistungsbereich	18n1-MAMMA
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	52268
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,96
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,71 - 13,22
Rechnerisches Ergebnis	19,31
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	13,71 - 26,49
Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung Ergebnis zum	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Kürzel Leistungsbereich	15n1-GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Ergebnis-ID	52283
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,81
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,71 - 2,91
Rechnerisches Ergebnis	20,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	17,23 - 25,28
Grundgesamtheit	391
Beobachtete Ereignisse	82
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Referenzbereich	<= 6,15 % (90. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A42
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,44
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,37 - 95,52
Rechnerisches Ergebnis	93,21
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,31 - 94,73
Grundgesamtheit	840
Beobachtete Ereignisse	783
Erwartete Ereignisse	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
Kürzel Leistungsbereich	09n2-HSM-AGGW
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,19
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,09 - 98,29
Rechnerisches Ergebnis	90,77
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,88 - 94,08
Grundgesamtheit	195
Beobachtete Ereignisse	177
Erwartete Ereignisse	

Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	H20
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,65
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,56 - 1,74
Rechnerisches Ergebnis	2,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,93 - 4,97
Grundgesamtheit	231
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n3-HSM-REV
Bezeichnung des Ergebnisses	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52315
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,64 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,46
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	

Leistungsbereich		Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	<= 3,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert	

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kürzel Leistungsbereich	09n4-DEFI-IMPL	
Bezeichnung des Ergebnisses	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	
Ergebnis-ID	52316	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	96,28	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,14 - 96,41	
Rechnerisches Ergebnis	96,67	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,28 - 98,38	
Grundgesamtheit	210	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Beobachtete Ereignisse	203
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Kürzel Leistungsbereich	09n5-DEFI-AGGW
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52321
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,78
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 98,87
Rechnerisches Ergebnis	96,58
Vertrauensbereich (Kranken-	91,54 - 98,66

Leistungsbereich		Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
haus)		
Grundgesamtheit	117	
Beobachtete Ereignisse	113	
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	>= 95,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert	

Leistungsbereich		Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Kürzel Leistungsbereich	09n6-DEFI-REV	
Bezeichnung des Ergebnisses	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)	
Ergebnis-ID	52324	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	0,52	
Vertrauensbereich (bundes-	0,37 - 0,74	

Leistungsbereich		Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
weit)		
Rechnerisches Ergebnis	0,00	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 25,88	
Grundgesamtheit	11	
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	<= 3,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Kürzel Leistungsbereich	09n4-DEFI-IMPL	
Bezeichnung des Ergebnisses	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)	
Ergebnis-ID	52325	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Einheit		%	
Bundesergebnis		0,89	
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,78 - 1,03	
Rechnerisches Ergebnis		0,00	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,00 - 5,50	
Grundgesamtheit		66	
Beobachtete Ereignisse		0	
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich		<= 3,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert	

Leistungsbereich		Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	
Kürzel Leistungsbereich		DEK	
Bezeichnung des Ergebnisses		Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
Ergebnis-ID		52326	
Art des Wertes		TKez	
Bezug zum Verfahren		QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel o-</p>	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,31
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,3 - 0,31
Rechnerisches Ergebnis	0,46
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,40 - 0,52
Grundgesamtheit	46861
Beobachtete Ereignisse	215
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	97,6
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,53 - 97,67
Rechnerisches Ergebnis	96,30
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,46 - 98,98
Grundgesamtheit	54
Beobachtete Ereignisse	52
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,81
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,46 - 94,13
Rechnerisches Ergebnis	96,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,11 - 99,32
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,61
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,35 - 12,89
Rechnerisches Ergebnis	23,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,37 - 33,38
Grundgesamtheit	82
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	U32
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54004
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	96,88
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,8 - 96,96
Rechnerisches Ergebnis	96,80
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,06 - 98,75
Grundgesamtheit	125
Beobachtete Ereignisse	121
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	54012
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	1,61
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,06 - 2,38
Grundgesamtheit	116
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	11,77
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Hüftgelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54013
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54015
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1
Rechnerisches Ergebnis	1,38
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,83 - 2,20
Grundgesamtheit	82
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	9,43
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Ver-	verbessert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
gleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,4 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 5,59 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Be-	R10

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
richtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	54017
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	6,34
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,99 - 6,71
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 17,60 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	54018
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,45
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,29 - 4,63
Rechnerisches Ergebnis	6,10
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,63 - 13,49
Grundgesamtheit	82
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Krankenhaus	
Referenzbereich	<= 11,06 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	54019
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,33
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,26 - 2,4
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 7,45 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich		KEP
Bezeichnung des Ergebnisses		Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID		54020
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		%
Bundesergebnis		97,95
Vertrauensbereich (bundesweit)		97,87 - 98,02
Rechnerisches Ergebnis		100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		91,97 - 100,00
Grundgesamtheit		44

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich	KEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,63
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,39 - 96,86
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Kranken-	-

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
haus)		
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	>= 90,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich	KEP	
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54022	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	94,02	
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,61 - 94,41	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,47 - 100,00
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	$\geq 86,00 \%$
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich	KEP
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	54028
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch</p>

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
		auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		
Bundesergebnis		0,91
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,85 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis		0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,00 - 3,69
Grundgesamtheit		40
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		0,95
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 4,24 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Kürzel Leistungsbereich		17n1-HÜFT-FRAK
Bezeichnung des Ergebnisses		Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID		54030
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu

Leistungsbereich		Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
		<p>beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		%
Bundesergebnis		12,75
Vertrauensbereich (bundesweit)		12,48 - 13,03
Rechnerisches Ergebnis		22,47
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		15,04 - 32,18
Grundgesamtheit		89
Beobachtete Ereignisse		20
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 15,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		U32
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		verbessert

Leistungsbereich		Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Kürzel Leistungsbereich		17n1-HÜFT-FRAK
Bezeichnung des Ergebnisses		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)
Ergebnis-ID		54033
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein

Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,64 - 1,60
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	13,46
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 2,17 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10

Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Kürzel Leistungsbereich	17n1-HÜFT-FRAK
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	54042
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnom-</p>

Leistungsbereich		Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
		men werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		
Bundesergebnis		0,94
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,92 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis		0,82
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,40 - 1,61
Grundgesamtheit		89
Beobachtete Ereignisse		7
Erwartete Ereignisse		8,49
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 2,15 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Kürzel Leistungsbereich		17n1-HÜFT-FRAK
Bezeichnung des Ergebnisses		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)
Ergebnis-ID		54046
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Leistungsbereich		Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel o-der Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		
Bundesergebnis		0,96
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,93 - 1
Rechnerisches Ergebnis		0,48
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,13 - 1,68
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Kürzel Leistungsbereich		17n1-HÜFT-FRAK
Bezeichnung des Ergebnisses		Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID		54050
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH

Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	97,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,85 - 97,15
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,42 - 100,00
Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	80
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Kürzel Leistungsbereich	HEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstli-

Leistungsbereich	
	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks (ein oder mehrere Hüftgelenke oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,02
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,28
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich	KEP
Bezeichnung des Ergebnisses	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,26
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,2 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 4,70 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich	KEP
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	54124
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,87

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 3,73 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich	KEP
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	54125
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,25
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,92 - 4,6

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Rechnerisches Ergebnis		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-	
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	<= 13,45 % (95. Perzentil)	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	H20	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich	KEP	
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	54127	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Kürzel Leistungsbereich	KEP
Bezeichnung des Ergebnisses	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
Ergebnis-ID	54128
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können</p>

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	99,75
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,73 - 99,78
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 98,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleich-</p>

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	bar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	98,59
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,5 - 98,68
Rechnerisches Ergebnis	98,62
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,01 - 99,53
Grundgesamtheit	217
Beobachtete Ereignisse	214
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54141
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleich-</p>

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	bar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	96,8
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,67 - 96,93
Rechnerisches Ergebnis	94,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,02 - 96,47
Grundgesamtheit	217
Beobachtete Ereignisse	204
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54142
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleich-</p>

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	bar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,1
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,08 - 0,13
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,74
Grundgesamtheit	217
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Kürzel Leistungsbereich	09n1-HSM-IMPL
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54143
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem</p>

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,69
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,59 - 1,78
Rechnerisches Ergebnis	4,61
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,52 - 8,27
Grundgesamtheit	217
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich	10n2-KAROT
Bezeichnung des Ergebnisses	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	603
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
		Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit		%
Bundesergebnis		99,07
Vertrauensbereich (bundesweit)		98,9 - 99,22
Rechnerisches Ergebnis		95,45
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		84,87 - 98,74
Grundgesamtheit		44
Beobachtete Ereignisse		42
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich		10n2-KAROT
Bezeichnung des Ergebnisses		Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID		604
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Re-

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
		<p>ferenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		%
Bundesergebnis		99,7
Vertrauensbereich (bundesweit)		99,57 - 99,8
Rechnerisches Ergebnis		100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		92,44 - 100,00
Grundgesamtheit		47
Beobachtete Ereignisse		47
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		>= 95,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich		10n2-KAROT
Bezeichnung des Ergebnisses		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)
Ergebnis-ID		605
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
		<p>der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		%
Bundesergebnis		1,28
Vertrauensbereich (bundesweit)		1,09 - 1,49
Rechnerisches Ergebnis		0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,00 - 9,41
Grundgesamtheit		37
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Kürzel Leistungsbereich		10n2-KAROT
Bezeichnung des Ergebnisses		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
Ergebnis-ID		606
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen

Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
		<p>chen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		%
Bundesergebnis		3,58
Vertrauensbereich (bundesweit)		2,8 - 4,56
Rechnerisches Ergebnis		0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,00 - 35,43
Grundgesamtheit		7
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Kürzel Leistungsbereich		15n1-GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses		Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID		60683
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein

Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	11,32	
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,15 - 12,6	
Rechnerisches Ergebnis		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-	
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Kürzel Leistungsbereich	15n1-GYN-OP	
Bezeichnung des Ergebnisses	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
Ergebnis-ID	60684	
Art des Wertes	TKez	

Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	13,38	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,39 - 14,43	
Rechnerisches Ergebnis		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-	
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Kürzel Leistungsbereich	15n1-GYN-OP	
Bezeichnung des Ergebnisses	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die	

Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
		Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID		60685
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		%
Bundesergebnis		1,09
Vertrauensbereich (bundesweit)		1 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		-
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		U32
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich	
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	
Kürzel Leistungsbereich	15n1-GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	19,59
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,95 - 20,25
Rechnerisches Ergebnis	50,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	29,03 - 70,97
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 45,00 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	H20

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Kürzel Leistungsbereich	15n1-GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	88,38
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,06 - 88,69
Rechnerisches Ergebnis	92,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,57 - 95,59
Grundgesamtheit	141
Beobachtete Ereignisse	130
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 75,00 % (5. Perzentil)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Bund

Leistungsbereich		Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KCH	
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen die linksseitige Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (Bypass) verwendet wurde	
Ergebnis-ID	332	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf	
Einheit	%	
Bundesergebnis	94,96	
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,72 - 95,19	
Rechnerisches Ergebnis	96,39	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,48 - 98,03	
Grundgesamtheit	277	
Beobachtete Ereignisse	267	
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	>= 90,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert	

Leistungsbereich		Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-CHIR	
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind	

Leistungsbereich		Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Ergebnis-ID	341	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	2,08	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,78 - 2,43	
Rechnerisches Ergebnis		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-	
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-CHIR	
Bezeichnung des Ergebnis-	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operati-	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
ses	on verstorben sind
Ergebnis-ID	343
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,68
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,21 - 3,24
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-CHIR

Leistungsbereich		Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind	
Ergebnis-ID	345	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	70,9	
Vertrauensbereich (bundesweit)	69,88 - 71,89	
Rechnerisches Ergebnis	21,98	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	14,7 - 31,52	
Grundgesamtheit	91	
Beobachtete Ereignisse	20	
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KCH	

Leistungsbereich		Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind	
Ergebnis-ID	349	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	1,72	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,58 - 1,88	
Rechnerisches Ergebnis	4,47	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,51 - 7,83	
Grundgesamtheit	246	
Beobachtete Ereignisse	11	
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KCH	
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operati-	

Leistungsbereich	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
ses	on verstorben sind
Ergebnis-ID	351
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,02
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,77 - 3,28
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KCH
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind

Leistungsbereich		Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Ergebnis-ID		353
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit		%
Bundesergebnis		72,95
Vertrauensbereich (bundesweit)		72,47 - 73,43
Rechnerisches Ergebnis		22,74
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		18,2 - 28,03
Grundgesamtheit		277
Beobachtete Ereignisse		63
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
Kürzel Leistungsbereich		HCH-KOMB
Bezeichnung des Ergebnis-		Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwen-

Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
ses	digen Operation im Krankenhaus verstorben sind
Ergebnis-ID	360
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,59 - 3,61
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KOMB
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
Ergebnis-ID	362
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,15
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,4 - 5,05
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Lebertransplantation
Kürzel Leistungsbereich	LTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Ergebnis-ID	2096
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	9,62
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,77 - 11,84
Rechnerisches Ergebnis	6,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,42 - 14,78
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Lebertransplantation
Kürzel Leistungsbereich	LTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind
Ergebnis-ID	2097
Art des Wertes	QI

Leistungsbereich	Lebertransplantation
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,42 - 1,77
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 5,58
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Ergebnis-ID	2125
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abwei-

Leistungsbereich	Leberlebendspende
	<p>chungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 6,64
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 22,81
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Nach der Spende war eine Lebertransplantation bei der Spenderin / dem Spender notwendig
Ergebnis-ID	2127
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abwei-

Leistungsbereich	Leberlebendspende
	<p>chungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 6,64
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 22,81
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Komplikationen, die behandelt werden mussten, während oder nach der Transplantation
Ergebnis-ID	2128
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abwei-

Leistungsbereich	Leberlebendspende
	<p>chungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,41
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,92 - 17,55
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 22,81
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Lebertransplantation
Kürzel Leistungsbereich	LTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation
Ergebnis-ID	2133
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in</p>

Leistungsbereich	Lebertransplantation
	dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	24,93
Vertrauensbereich (bundesweit)	21,93 - 28,2
Rechnerisches Ergebnis	27,69
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	18,29 - 39,58
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 30,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Ergebnis-ID	2137
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
	Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 0,73
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 35,43
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin / dem Spender erforderlich
Ergebnis-ID	2138
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
	Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 0,73
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 35,43
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	PNTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Ergebnis-ID	2143
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
	Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	4,76
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,53 - 8,8
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	S91
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	2144
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können</p>

Leistungsbereich	Nierentransplantation
	der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	96,56
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,6 - 97,31
Rechnerisches Ergebnis	95,35
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,54 - 98,72
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	PNTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
Ergebnis-ID	2145
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	81,67

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Vertrauensbereich (bundesweit)	75,37 - 86,64
Rechnerisches Ergebnis	75
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	40,93 - 92,85
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	PNTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin / dem Organempfänger wieder entfernt werden
Ergebnis-ID	2146
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	14,81
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,45 - 20,58
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-

Leistungsbereich Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	S91
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	
Kürzel Leistungsbereich	LUTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Ergebnis-ID	2155
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	7,69
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,34 - 10,96
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	Wir haben basierend auf den Kritikpunkten der Bundesfachgruppe weiteres Verbesserungspotenzial identifiziert und arbeiten an der Umsetzung.

Leistungsbereich	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A41
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verschlechtert

Leistungsbereich	Herztransplantation
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-TX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Ergebnis-ID	2157
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	11,11
Vertrauensbereich (bundesweit)	8,17 - 14,94
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10

Leistungsbereich	Herztransplantation
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
Ergebnis-ID	2171
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,55 - 1,37
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 10,15
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Niere einer verstorbenen Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
Ergebnis-ID	2188
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	85,12
Vertrauensbereich (bundesweit)	83,23 - 86,84
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,15 - 97,68
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 70,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
Ergebnis-ID	2189

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	96,12
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,09 - 97,48
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,56 - 100
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KCH
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)
Ergebnis-ID	2257
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein

Leistungsbereich		Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	0,22	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,17 - 0,28	
Rechnerisches Ergebnis	0	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 1,7	
Grundgesamtheit	222	
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		

Leistungsbereich		Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KCH	
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten	
Ergebnis-ID	2259	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	

Leistungsbereich		Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	0,74	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,65 - 0,85	
Rechnerisches Ergebnis		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-	
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	<= 2,33 % (95. Perzentil)	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert	

Leistungsbereich		Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-CHIR	
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)	
Ergebnis-ID	2280	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,2
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 4,42
Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-CHIR
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
Ergebnis-ID	2282

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,63
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,47 - 0,84
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 5,07
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 2,71 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KOMB

Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)
Ergebnis-ID	2284
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,11 - 0,44
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 9,18
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KOMB
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten
Ergebnis-ID	2286
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,55
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 8,76
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 3,91 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Ver-	unverändert

Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
	gleich vorheriges Berichtsjahr

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-CHIR
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat
Ergebnis-ID	241800
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,11
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 4,05
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Be-	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
richtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KCH
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftrat
Ergebnis-ID	241801
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,19 - 0,29
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 1,37
Grundgesamtheit	277
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Qualitative Bewertung Berichts-jahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KOMB
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen Entzündung im Brustkorb
Ergebnis-ID	241802
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,26
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,15 - 0,45
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 7,56
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum	

Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KOMB
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
Ergebnis-ID	11391
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	74,36
Vertrauensbereich (bundesweit)	73,08 - 75,59
Rechnerisches Ergebnis	27,66
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	16,94 - 41,76
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KCH
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	11617
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleich-</p>

Leistungsbereich	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen
	bar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,7
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,04 - 2,74
Grundgesamtheit	277
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	8,84
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 1,70 (90. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-KATH
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
Ergebnis-ID	11995
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel o-</p>

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
	der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,34
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,16 - 2,54
Rechnerisches Ergebnis	2,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,79 - 5,1
Grundgesamtheit	197
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-KATH
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
Ergebnis-ID	11996
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Ver-

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
	sorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,26
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,91 - 3,66
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-KATH
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
Ergebnis-ID	11997
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator,

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
	<p>dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	65,78
Vertrauensbereich (bundesweit)	65,18 - 66,37
Rechnerisches Ergebnis	11,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	7,49 - 16,33
Grundgesamtheit	197
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-KATH
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
Ergebnis-ID	12001
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektio-	Nein

Leistungsbereich		Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
nen		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	0,67	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,57 - 0,79	
Rechnerisches Ergebnis		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-	
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	<= 1,77 % (95. Perzentil)	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert	

Leistungsbereich		Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-CHIR	
Bezeichnung des Ergebnisses	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	

Leistungsbereich	
	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
	Patienten)
Ergebnis-ID	12092
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,79 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,9
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,88 - 3,93
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,16
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 1,94 (90. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-KATH
Bezeichnung des Ergebnisses	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)
Ergebnis-ID	12168
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel o-</p>

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	
	der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/	
Einheit		
Bundesergebnis	0,97	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,9 - 1,05	
Rechnerisches Ergebnis	0,85	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,33 - 2,15	
Grundgesamtheit	197	
Beobachtete Ereignisse	4	
Erwartete Ereignisse	4,68	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert	

Leistungsbereich	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	
Kürzel Leistungsbereich	HCH-KOMB	
Bezeichnung des Ergebnisses	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)	
Ergebnis-ID	12193	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch	

Leistungsbereich		Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird
		<p>verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit		
Bundesergebnis		0,82
Vertrauensbereich (bundesweit)		0,71 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis		1,66
Vertrauensbereich (Krankenhaus)		0,57 - 4,47
Grundgesamtheit		
Beobachtete Ereignisse		
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses		
Referenzbereich		<= 2,04 (90. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr		R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr		unverändert

Leistungsbereich		Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich		NTX
Bezeichnung des Ergebnisses		Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organ-

Leistungsbereich	Nierentransplantation
	empfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12199
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	94,66
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,41 - 95,68
Rechnerisches Ergebnis	93,1
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,04 - 98,09
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 85,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnis-	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der

Leistungsbereich	Nierentransplantation
ses	Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12237
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,84
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,39 - 93,09
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,64 - 100
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Herztransplantation
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-TX

Leistungsbereich	Herztransplantation
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12253
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	81,37
Vertrauensbereich (bundesweit)	76,22 - 85,61
Rechnerisches Ergebnis	80
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	49,02 - 94,33
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Herztransplantation
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-TX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12269
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	81,02
Vertrauensbereich (bundesweit)	75,26 - 85,69
Rechnerisches Ergebnis	66,67
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	30 - 90,32
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 70,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Herztransplantation
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-TX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12289
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	72,65
Vertrauensbereich (bundesweit)	66,61 - 77,96
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 - 100
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 65,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich		Leberlebendspende	
Kürzel Leistungsbereich	LLS		
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Leberspende verstorben sind		
Ergebnis-ID	12296		
Art des Wertes	QI		
Bezug zum Verfahren	QSKH		
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>		
Einheit	%		
Bundesergebnis	0		
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 8,97		
Rechnerisches Ergebnis	0		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 29,91		
Grundgesamtheit	9		
Beobachtete Ereignisse	0		
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich	Sentinel Event		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert		

Leistungsbereich		Leberlebendspende	
Kürzel Leistungsbereich	LLS		
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Leberspende verstorben sind		
Ergebnis-ID	12308		
Art des Wertes	QI		
Bezug zum Verfahren	QSKH		
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>		
Einheit	%		
Bundesergebnis	0		
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 7,87		
Rechnerisches Ergebnis	0		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 32,44		
Grundgesamtheit	8		
Beobachtete Ereignisse	0		
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich	Sentinel Event		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert		

Leistungsbereich		Leberlebendspende	
------------------	--	-------------------	--

Leistungsbereich		Leberlebenspende	
Kürzel Leistungsbereich	LLS		
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Leberspende verstorben sind		
Ergebnis-ID	12324		
Art des Wertes	QI		
Bezug zum Verfahren	QSKH		
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>		
Einheit	%		
Bundesergebnis	2,56		
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,45 - 13,18		
Rechnerisches Ergebnis	0		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 35,43		
Grundgesamtheit	7		
Beobachtete Ereignisse	0		
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich	Sentinel Event		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert		

Leistungsbereich		Lebertransplantation	
------------------	--	----------------------	--

Leistungsbereich		Lebertransplantation	
Kürzel Leistungsbereich	LTX		
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)		
Ergebnis-ID	12349		
Art des Wertes	QI		
Bezug zum Verfahren	QSKH		
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>		
Einheit	%		
Bundesergebnis	83,93		
Vertrauensbereich (bundesweit)	80,96 - 86,51		
Rechnerisches Ergebnis	87,23		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,83 - 94,02		
Grundgesamtheit	47		
Beobachtete Ereignisse	41		
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich	>= 70,00 %		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert		

Leistungsbereich	Lebertransplantation
Kürzel Leistungsbereich	LTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12365
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	80,95
Vertrauensbereich (bundesweit)	77,7 - 83,83
Rechnerisches Ergebnis	54,84
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	37,77 - 70,84
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	$\geq 61,79$ % (10. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A41
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verschlechtert

Leistungsbereich		Lebertransplantation	
Kürzel Leistungsbereich	LTX		
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)		
Ergebnis-ID	12385		
Art des Wertes	QI		
Bezug zum Verfahren	QSKH		
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>		
Einheit	%		
Bundesergebnis	77,51		
Vertrauensbereich (bundesweit)	74,22 - 80,5		
Rechnerisches Ergebnis	80,77		
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	62,12 - 91,49		
Grundgesamtheit	26		
Beobachtete Ereignisse	21		
Erwartete Ereignisse			
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses			
Referenzbereich	>= 59,52 % (10. Perzentil)		
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10		
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert		

Leistungsbereich		Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
Kürzel Leistungsbereich	LUTX	
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)	
Ergebnis-ID	12397	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
Einheit	%	
Bundesergebnis	84,36	
Vertrauensbereich (bundesweit)	79,88 - 88	
Rechnerisches Ergebnis	50	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	21,52 - 78,48	
Grundgesamtheit	8	
Beobachtete Ereignisse	4	
Erwartete Ereignisse		
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	<p>Unsere Stellungnahmen konnten aufgrund eines Formfehlers, der am ehesten auf einem Missverständnis beruht, nicht berücksichtigt werden. Wir arbeiten im gesamten Transplantationsbereich aktuell sehr intensiv an der Umsetzung von Optimierungsmaßnahmen.</p>	
Referenzbereich	>= 70,00 %	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A42	
Qualitative Bewertung Ver-	unverändert	

Leistungsbereich Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	
gleich vorheriges Berichtsjahr	
Leistungsbereich	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
Kürzel Leistungsbereich	LUTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12413
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	80,87
Vertrauensbereich (bundesweit)	75,82 - 85,06
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 65,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	S99

Leistungsbereich	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
Kürzel Leistungsbereich	LUTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12433
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	73,44
Vertrauensbereich (bundesweit)	67,71 - 78,47
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	Unsere Stellungnahmen konnten aufgrund eines Formfehlers, der am ehesten auf einem Missverständnis beruht, nicht berücksichtigt werden. Wir arbeiten im gesamten Transplantationsbereich aktuell sehr intensiv an der Umsetzung von Optimierungsmaßnahmen.
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung Ergebnis zum	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A42
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind
Ergebnis-ID	12440
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 0,71
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 35,43
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind
Ergebnis-ID	12452
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,45
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 1,64
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 43,45
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind
Ergebnis-ID	12468
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,42
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,11 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	PNTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12493
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,36
Vertrauensbereich (bundesweit)	86,02 - 94,78
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 - 100
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	PNTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12509
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,23
Vertrauensbereich (bundesweit)	86,03 - 94,61
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,25 - 100
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	PNTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
Ergebnis-ID	12529
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	90,2
Vertrauensbereich (bundesweit)	85,34 - 93,56
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 - 100
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Krankenhaus	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Eine Lebertransplantation war innerhalb von einem Jahr nach der Spende bei der Spenderin / dem Spender notwendig
Ergebnis-ID	12549
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 8,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 29,91
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Krankenhaus	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Eine Lebertransplantation war innerhalb von zwei Jahren nach der Spende bei der Spenderin / dem Spender notwendig
Ergebnis-ID	12561
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 7,87
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 32,44
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Krankenhaus	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Eine Lebertransplantation war innerhalb von drei Jahren nach der Spende bei der Spenderin / dem Spender notwendig
Ergebnis-ID	12577
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 8,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 35,43
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Krankenhaus	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Leber der Organspenderin / des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Leberspende nur eingeschränkt
Ergebnis-ID	12609
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 10,43
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 43,45
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Krankenhaus	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Leber der Organspenderin / des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
Ergebnis-ID	12613
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 12,06
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Krankenhaus	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Leber der Organspenderin / des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
Ergebnis-ID	12617
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 15,46
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 48,99
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Krankenhaus	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Spende nur eingeschränkt
Ergebnis-ID	12636
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,2
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 39,03
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Krankenhaus	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt
Ergebnis-ID	12640
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,49
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,13 - 1,77
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 43,45
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Nierenlebendspende
Krankenhaus	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt
Ergebnis-ID	12644
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich (bundesweit)	0 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Krankenhaus	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut
Ergebnis-ID	12729
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,66
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,65 - 97,43
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,17 - 97,13
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
Ergebnis-ID	12735
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,12
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,82 - 96,15
Rechnerisches Ergebnis	86,36
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	66,67 - 95,25
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
Ergebnis-ID	12741
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	94,53
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,18 - 95,63
Rechnerisches Ergebnis	92,31
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	66,69 - 98,63
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
Ergebnis-ID	52385
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	8,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,42 - 10,05
Rechnerisches Ergebnis	31,82
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	16,36 - 52,68
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	Unsere Stellungnahmen konnten aufgrund eines Formfehlers, der am ehesten auf einem Missverständnis beruht, nicht berücksichtigt werden. Wir arbeiten im gesamten Transplantationsbereich aktuell sehr intensiv an der Umsetzung von Optimierungsmaßnahmen.
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung Ergebnis zum	unverändert

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A42
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verschlechtert

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
Ergebnis-ID	52386
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	25
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,52 - 37,69
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt
Ergebnis-ID	52387
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	43,75
Vertrauensbereich (bundesweit)	23,1 - 66,82
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt
Ergebnis-ID	52388
Art des Wertes	QI

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	9,32
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,56 - 11,44
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 14,58 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt
Ergebnis-ID	52389
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs)

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
	renzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	14,29
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,42 - 25,74
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt
Ergebnis-ID	52390
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
	keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	25
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,18 - 49,5
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
Ergebnis-ID	52391
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Bundesergebnis	0,58
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,25 - 1,34
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 14,87
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
Ergebnis-ID	52392
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	5,36
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,84 - 14,61
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, war fehlerhaft
Ergebnis-ID	52393
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	6,25
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,11 - 28,33
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
Referenzbereich	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	PNTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51524
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,36
Vertrauensbereich (bundesweit)	86,02 - 94,78
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 - 100
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	PNTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51544
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,23
Vertrauensbereich (bundesweit)	86,03 - 94,61
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,25 - 100
Grundgesamtheit	10

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	$\geq 80,00 \%$
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	PNTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51545
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	89,76
Vertrauensbereich (bundesweit)	84,85 - 93,2
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Kranken-	70,09 - 100

Leistungsbereich	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
haus)	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Komplikationen während oder nach der Operation
Ergebnis-ID	51557
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
Einheit	%
Bundesergebnis	18,79
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,16 - 20,53
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des	

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 25,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	S91
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51560
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,53
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,48 - 96,4
Rechnerisches Ergebnis	95,35
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,54 - 98,72
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	41

Leistungsbereich Nierentransplantation	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich Nierentransplantation	
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51561
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	93,61
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,28 - 94,73
Rechnerisches Ergebnis	93,1
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,04 - 98,09

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 85,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Kürzel Leistungsbereich	NTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51562
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	90,58
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,05 - 91,91
Rechnerisches Ergebnis	100

Leistungsbereich	Nierentransplantation
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,64 - 100
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Komplikationen während oder nach der Operation
Ergebnis-ID	51567
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,41 - 2,23
Rechnerisches Ergebnis	0

Leistungsbereich	Nierenlebendspende
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 35,43
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)
Ergebnis-ID	51568
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,28
Vertrauensbereich (bundes-	0,62 - 2,63

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
weit)	
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 35,43
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)
Ergebnis-ID	51569
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Bundesergebnis	2,45
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,37 - 4,33
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 43,45
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)
Ergebnis-ID	51570
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnom-</p>

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
	men werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,86
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,71 - 4,74
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert

Leistungsbereich	Lebertransplantation
Kürzel Leistungsbereich	LTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51596
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleich-</p>

Leistungsbereich	Lebertransplantation
	bar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	82,22
Vertrauensbereich (bundesweit)	79,18 - 84,9
Rechnerisches Ergebnis	85,42
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,83 - 92,75
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 70,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Lebertransplantation
Kürzel Leistungsbereich	LTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51599
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel o-</p>

Leistungsbereich	Lebertransplantation
	der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	80,06
Vertrauensbereich (bundesweit)	76,78 - 82,98
Rechnerisches Ergebnis	54,84
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	37,77 - 70,84
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 61,79 % (10. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Lebertransplantation
Kürzel Leistungsbereich	LTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51602
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-

Leistungsbereich	Lebertransplantation
	Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	76,72
Vertrauensbereich (bundesweit)	73,41 - 79,73
Rechnerisches Ergebnis	80,77
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	62,12 - 91,49
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 59,27 % (10. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die ein Jahr nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie bzw. er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51603
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Re-

Leistungsbereich	Leberlebendspende
	<p>ferenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,5
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,44 - 12,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 29,91
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die zwei Jahre nach der Leber- spende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie bzw. er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51604
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen

Leistungsbereich	Leberlebendspende
	<p>sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,17
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,38 - 11,34
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 32,44
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Leberlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	LLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Organspenderinnen und Organspender, die drei Jahre nach der Leber-spende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie bzw. er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51605
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in

Leistungsbereich	Leberlebendspende
	dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	9,52
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,77 - 22,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 35,43
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Herztransplantation
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-TX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51629
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu

Leistungsbereich	Herztransplantation
	<p>beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	80,75
Vertrauensbereich (bundesweit)	75,58 - 85,05
Rechnerisches Ergebnis	80
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	49,02 - 94,33
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	$\geq 75,00$ %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Herztransplantation
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-TX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51631
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis

Leistungsbereich	Herztransplantation
	<p>außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	80,28
Vertrauensbereich (bundesweit)	74,49 - 85,01
Rechnerisches Ergebnis	66,67
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	30 - 90,32
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	$\geq 70,00$ %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Herztransplantation
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-TX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51633
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abwei-

Leistungsbereich	Herztransplantation
	<p>chungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	70,83
Vertrauensbereich (bundesweit)	64,79 - 76,22
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 - 100
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	$\geq 65,00$ %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
Kürzel Leistungsbereich	LUTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51636
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein

Leistungsbereich	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	83,55
Vertrauensbereich (bundesweit)	79,02 - 87,26
Rechnerisches Ergebnis	50
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	21,52 - 78,48
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	Unsere Stellungnahmen konnten aufgrund eines Formfehlers, der am ehesten auf einem Missverständnis beruht, nicht berücksichtigt werden. Wir arbeiten im gesamten Transplantationsbereich aktuell sehr intensiv an der Umsetzung von Optimierungsmaßnahmen.
Referenzbereich	$\geq 70,00$ %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A42
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
Kürzel Leistungsbereich	LUTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
Ergebnis-ID	51639
Art des Wertes	QI

Leistungsbereich Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	80,58
Vertrauensbereich (bundesweit)	75,52 - 84,8
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	>= 65,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	
Kürzel Leistungsbereich	LUTX
Bezeichnung des Ergebnisses	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Leistungsbereich	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
Ergebnis-ID	51641
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	73,15
Vertrauensbereich (bundesweit)	67,42 - 78,2
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	Unsere Stellungnahmen konnten aufgrund eines Formfehlers, der am ehesten auf einem Missverständnis beruht, nicht berücksichtigt werden. Wir arbeiten im gesamten Transplantationsbereich aktuell sehr intensiv an der Umsetzung von Optimierungsmaßnahmen.
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	A42
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-KATH
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
Ergebnis-ID	51916
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,02
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,85 - 2,2
Rechnerisches Ergebnis	3,55
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,73 - 7,15
Grundgesamtheit	197
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 4,64 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Ver-	verbessert

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
gleich vorheriges Berichtsjahr	

Leistungsbereich	Nierenlebendspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin
Ergebnis-ID	51997
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	6,03
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,21 - 8,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 39,03
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Qualitative Bewertung Berichts-jahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspende-rin / der Organspender Eiweiß im Urin
Ergebnis-ID	51998
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	5,71
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,76 - 8,57
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Qualitative Bewertung Berichts-jahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Kürzel Leistungsbereich	NLS
Bezeichnung des Ergebnisses	Innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspende-rin / der Organspender Eiweiß im Urin
Ergebnis-ID	51999
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,69
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,44 - 10,77
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Nierenlebenspende
Qualitative Bewertung Berichts-jahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-CHIR
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
Ergebnis-ID	52006
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,57
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,43 - 0,77
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0 - 4,05
Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 2,76 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird
vorherigen Berichtsjahr	
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
Kürzel Leistungsbereich	HCH-AORT-KATH
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten
Ergebnis-ID	52007
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,5
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,36 - 1,66
Rechnerisches Ergebnis	2,54
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,09 - 5,8
Grundgesamtheit	197
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	

Leistungsbereich	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 3,59 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	251800
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel o-</p>

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
	der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,1
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,53 - 1,97
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,43
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 1,36
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	verbessert

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
Kürzel Leistungsbereich	HTXM-MKU
Bezeichnung des Ergebnisses	Vorhergesagte durchschnittliche Wahrscheinlichkeit, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems oder künstlichen Herzens in dem Krankenhaus versterben
Ergebnis-ID	251801
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Leistungsbereich	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	25,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	24,86 - 26,69
Rechnerisches Ergebnis	23,61
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	19,3 - 29,72
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses	
Referenzbereich	<= 35,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	unverändert

C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind

nicht belegt

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP	Kommentar
Asthma bronchiale	Vertrag, gültig seit 15.12.2006; beendet zum 31.12.2019
Brustkrebs	Vertrag, gültig seit 01.10.2002; beendet zum 31.12.2019
Diabetes mellitus Typ 1	1. Änderungsvertrag, gültig seit 01.11.2006; beendet zum 31.12.2019
Diabetes mellitus Typ 2	1. Änderungsvertrag, gültig seit 28.05.2006; beendet zum 31.12.2019
Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Vertrag gültig seit 15.12.2006; beendet zum 31.12.2019

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Initiative Qualitätsmedizin - IQM	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	G-IQI aus Routinedaten
Ergebnis	gemäß https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten Hinweis: Diese Werte dürfen nicht zum Vergleich von Leistungsträgern herangezogen werden.
Rechenregeln	Definitionshandbuch G-IQI Version 5.2, Datenjahr 2019
Referenzbereiche	gemäß Definitionshandbuch
Vergleichswerte	German Inpatient Indicators Version 5.2, Bundesreferenzwerte
Quellenangaben	Ergebnisse UKJ: https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/Ergebnisveroeffentlichung/2020/Member/IQM_mitglied_16_DE.pdf

Leistungsbereich: Krankenhausspiegel	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	gemäß der gesetzlichen Festlegungen von Qualitätsindikatoren zum Qualitätsbericht
Ergebnis	Teilnahme
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Daten aus der externen Qualitätssicherung nach SGB V
Rechenregeln	pro Modul
Referenzbereiche	https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/startseite/
Vergleichswerte	
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Intensivmedizin - Center für Sepsis Control and Care (CSCC)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung von großen multizentrischen, randomisierten, interventionellen bzw. epidemiologischen Studien zur Evaluierung innovativer Ansätze in der Prävention, Therapie und Diagnose der Sepsis
Ergebnis	je nach Studie
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	abhängig vom Studienprotokoll
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.uniklinikum-jena.de/csc

Leistungsbereich: Intensivmedizin - PEER Review	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beurteilung der Qualität intensivmedizinischer Arbeit durch externen Gutachter aus dem gleichen Fachgebiet (Peer Reviewer), Betreut durch LÄK Thüringens, Klinik verfügt über Peer-Review-Team
Ergebnis	Die Ergebnisse werden in einem vertraulichen Bericht dem jeweiligen

Leistungsbereich: Intensivmedizin - PEER Review	
	Chefarzt mitgeteilt.
Messzeitraum	alle 2 - 3 Jahre
Datenerhebung	innerhalb 1 - 2 Tagen
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.laek-thueringen.de/aerzte/qualitaetssicherung/peer_review/

Leistungsbereich: Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin - Projekt der LÄK	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bereitstellung von qualitäts- und leistungsrelevanten Daten aus den Intensivstationen Thüringens sowie deren Aufbereitung und Interpretation durch ein intensivmedizinisches Expertenteam
Ergebnis	elektronische Auswertung gepoolter Daten wird den teilnehmenden Kliniken zur Verfügung gestellt
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	fortlaufend
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.laek-thueringen.de/aerzte/qualitaetssicherung/quit/

Leistungsbereich: Qualitätsmanagement in der postoperativen Schmerztherapie - PAIN OUT (europa- und weltweit ausgebautes QUIPS-Projekt)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	1. Schmerzstärke und Beeinträchtigungen durch Schmerzen 2. postoperative Übelkeit und Erbrechen 3. Nebenwirkungen und Patientenzufriedenheit
Ergebnis	interne und externe Vergleiche sowie eine kontinuierliche Verlaufsbeobachtung über Datenbank möglich
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	1. postoperativer Tag
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	http://www.quips-projekt.de Mescha S, Zwacka S, Goettermann A, Schleppers A. Qualitätsverbesserung der postoperativen Schmerztherapie - Ergebnisse des QUIPS-Projekts, Zaslansky R, Chapman CR, Rothaug J, Bäckström R, Brill S, Davidson E, Elessi K, Fletcher D, Fodor L, Karanja E, Konrad C, Kopf A, Leykin Y, Lipman A, Puig M, Rawal N, Schug S, Ullrich K, Volk T, Meissner W. Feasibility of international data collection and feedback on post-operative pain data: Proof of concept. EJP 2012; 16: 430-438

Leistungsbereich: Qualitätsmanagement in der postoperativen Schmerztherapie bei Kindern-QUIPSI (QUIPSInfant) (deutschlandweit; am UKJ Klinik für Kinderchirurgie)	
Bezeichnung des Qualitätsin-	postoperative Schmerztherapie im Kindesalter

Leistungsbereich: Qualitätsmanagement in der postoperativen Schmerztherapie bei Kindern-QUIPSI (QUIPSInfant) (deutschlandweit; am UKJ Klinik für Kinderchirurgie)

diktors	
Ergebnis	Schmerz bei Belastung: 2, Maximalschmerz: 4, Schmerz in Ruhe: 0
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	1. postoperativer Tag
Rechenregeln	Skala nach Hicks 0–10, Deskription mittels Median, Signifikanz < 0,05
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Schmerz bei Belastung: Median: 2, Maximalschmerz: Median: 4, Schmerz in Ruhe: Median: 0
Quellenangaben	I. Balga, C. Konrad, M. Meißner: Postoperative Qualitätsanalyse bei Kindern: Schmerz sowie postoperative Übelkeit und Erbrechen, Anästhesist 2013-62-707-7019

Leistungsbereich: Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Teilnahme am HIPEC-Register der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Ergebnis	jährliche Auswertung
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Neurochirurgie

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG) Register
Ergebnis	Teilnahme
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	fortlaufend
Rechenregeln	
Referenzbereiche	Eingabe der Daten aller mit Wirbelsäulenleiden behandelten Patienten
Vergleichswerte	Daten aller anderen Wirbelsäulenzentren Deutschlands
Quellenangaben	https://www.dwg.org/wirbelsaeulenregister/das-wirbelsaeulenregister/

Leistungsbereich: Neurochirurgie

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Giant Aneurysm Registry
Ergebnis	Teilnahme
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	fortlaufend
Rechenregeln	
Referenzbereiche	Eingabe der Daten aller Patienten mit einem zerebralen Riesenaneurysma

Leistungsbereich: Neurochirurgie	
Vergleichswerte	Daten der anderen Registerzentren weltweit
Quellenangaben	https://www.esmint.eu/research/giant-intracranial-aneurysm-registry
Leistungsbereich: Neurochirurgie	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Deutsches Kranioplastieregister (GCRR)
Ergebnis	Teilnahme
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	fortlaufend
Rechenregeln	
Referenzbereiche	Eingabe der Daten aller Patienten mit erfolgter kranialer Rekonstruktion
Vergleichswerte	Daten der anderen Registerzentren
Quellenangaben	
Leistungsbereich: Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie - Endoprothesenzentrum	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Endoprothesenregister Deutschland
Ergebnis	Monatliche Auswertung
Messzeitraum	Fortlaufend
Datenerhebung	Fortlaufend
Rechenregeln	
Referenzbereiche	Eingabe der Daten aller Patienten nach endoprothetischen Operationen an Hüft- und Kniegelenk
Vergleichswerte	Daten aller eingehenden Kliniken deutschlandweit
Quellenangaben	https://www.eprd.de/de/
Leistungsbereich: Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie - Traumazentrum	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	zertifiziert als überregionales Traumazentrum
Ergebnis	Kontinuierliche Dateieingabe und Anwendung im Rahmen des Traumaregisters
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	fortlaufend
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	http://www.traumanetzwerk-dgu.de/de/startseite_tnw.html
Leistungsbereich: Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie - Schwerverletzte	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Teilnahme am Schwerverletztenregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
Ergebnis	Jährliche Auswertung
Messzeitraum	Fortlaufend
Datenerhebung	Fortlaufend

Leistungsbereich: Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie - Schwerverletzte	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	Eingabe der Daten aller behandelten Schwerverletzten
Vergleichswerte	Daten der anderen Thüringer Traumazentren, Daten aller eingebenden Kliniken weltweit
Quellenangaben	http://www.traumaregister-dgu.de/de/startseite_tr.html

Leistungsbereich: Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie - Beckenregister	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Teilnahme am Beckenregister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
Ergebnis	Jährliche Auswertung
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	fortlaufend
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Beckenregister Deutschland
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Gynäkologie - Brustzentrum	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	multiple Indikatoren aus dem Erhebungsbogen der DKG e. V. werden regelmäßig erhoben
Ergebnis	im Referenzbereich liegend
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	über Dokumentationssystem GTDS
Rechenregeln	Summen, Prozentangaben
Referenzbereiche	verschiedene Referenzbereiche, z. B. für 95 % aller Primärfälle erfüllt
Vergleichswerte	Bericht DKG
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Gynäkologie - IVF-Labor	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Schwangerschaftsrate, IVF-Labor, Fertilisationsrate, Embryoqualität, EZ-Zahl
Ergebnis	sehr gut
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	prospektive und retrospektive kontinuierliche Datenerhebung
Rechenregeln	keine Angabe
Referenzbereiche	DIR (Deutsches IVF-Register)
Vergleichswerte	DIR (Deutsches IVF-Register)
Quellenangaben	DIR (Deutsches IVF-Register)

Leistungsbereich: Kardiologie - akuter Herzinfarkt	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	FITT-STEMI (Optimierung der Behandlung akuter Herzinfarkte durch Ablauf- und Optimierung)
Ergebnis	erfolgreiche Behandlung, Optimierung der Behandlungszeiten
Messzeitraum	laufend
Datenerhebung	laufend

Leistungsbereich: Kardiologie - akuter Herzinfarkt	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Ausgangswerte, Vgl. innerhalb der Zentren
Quellenangaben	http://www.fitt-stemi.com/

Leistungsbereich: Kardiologie/ Herzchirurgie - Klappenersatz	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der interventionelle Klappenersatz im Bereich der Aortenklappe zur Behandlung von hochgradigen Verengungen der Aortenklappe.
Ergebnis	Der Fokus liegt auf konkretem Ergebnis des Behandlungsprozesses sowie auftretenden Komplikationen.
Messzeitraum	laufend
Datenerhebung	laufend
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://dgk.org/ https://aortenklappenregister.de/ - Arbeitsgruppe "Kathetergestützte Aortenklappenimplantationen"

Leistungsbereich: Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifizierung als Onkologisches Zentrum
Ergebnis	Zertifikat erteilt 2012
Messzeitraum	
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.onkoert.de/ https://www.uniklinikum-jena.de/tz/Kompetenzzentren.html

Leistungsbereich: Stammzelltransplantation	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	JACIE Zertifizierung seit 2013 Neu: Teilnahme an Onko-KISS
Ergebnis	erfolgreiche Teilnahme Re-Zertifizierung 2019, Zertifikat für weitere 4 Jahre ab August 2020
Messzeitraum	Onko-Kiss 2019 fortlaufend
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.ebmt.org/jacie-accreditation

Leistungsbereich: Hämatologie und Internistische Onkologie - KM Zytologie	
---	--

Leistungsbereich: Hämatologie und Internistische Onkologie - KM Zytologie	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ringversuche KM Zytologie, man. Diff. BB., mech. Diff. BB INSTAND e. V.
Ergebnis	erfolgreiche Teilnahme
Messzeitraum	2 x jährlich
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.instand-ev.de/ringversuche.html

Leistungsbereich: Ringversuche bcr-abl bei CML jährlich als deutsches und europäisches Referenzlabor, EUTOS Projekt	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifikat für die Bestimmung der tiefen molekularen Remission bei CML Zertifikat für die Messung nach internationalem Standard (IS)
Ergebnis	erfolgreiche Teilnahme
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.eutos.org/content/home/index_eng.html https://www.kompetenznetz-leukaemie.de/content/home/

Leistungsbereich: Hämatologie und Internistische Onkologie - JAK 2	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ringversuch zur JAK 2 Diagnostik in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Ulm
Ergebnis	erfolgreich absolviert
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Palliativmedizin	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsbericht an Krankenkassen Zertifizierung im Rahmen des Onkologischen Zentrums
Ergebnis	erfolgreiche Teilnahme bzw. Auflagen erfüllt
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Grundlage der Qualitätssicherung ist die Dokumentation von Behandlung und deren Ergebnisse bzw. Datenerhebung hinsichtlich Kooperation mit Zuweisern sowie Betreuungsdaten von SAPV betreuten Patienten
Rechenregeln	Einzel- und Durchschnittswertbestimmung

Leistungsbereich: Palliativmedizin	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Vorjahresauswertung, z. T. Absolutwerte
Quellenangaben	Qualitätsbericht Krankenkassen

Leistungsbereich: Neurologie - Intensivmedizin - PEER Review	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beurteilung der Qualität intensivmedizinischer Arbeit durch externen Gutachter aus dem gleichen Fachgebiet (Peer Reviewer), Betreut durch LÄK Thüringens, Klinik verfügt über Peer-Review-Team
Ergebnis	Die Ergebnisse werden in einem vertraulichen Bericht dem jeweiligen Chefarzt mitgeteilt.
Messzeitraum	alle 2 - 3 Jahre
Datenerhebung	innerhalb 1 - 2 Tagen
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.laek-thueringen.de/aerzte/qualitaetssicherung/quit/

Leistungsbereich: Neurologie - Schlaganfall	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland
Ergebnis	Zertifizierung
Messzeitraum	3 Jahre
Datenerhebung	bei jedem Schlaganfallpatienten 1 Datensatz mit > 50 Items
Rechenregeln	Ermittlung des Durchschnittswertes aller Beteiligten, Darstellung in der Regel im Vergleich zu den anderen Teilnehmenden, z. T. ist die Erreichung von Absolutwerten verpflichtend
Referenzbereiche	unterschiedlich
Vergleichswerte	Querschnitts- und Langzeitvergleiche bei halbjährlicher Analyse
Quellenangaben	https://www.medizin.uni-muenster.de/epi/home/

Leistungsbereich: Neonatologie und Intensivmedizin	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	GNN-Studie
Ergebnis	Teilnahme seit 2013
Messzeitraum	jeweils vom 01.01. – 31.12. eines Jahres
Datenerhebung	jährlich
Rechenregeln	Benchmarking Neonatologie
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.vlbw.de

Leistungsbereich: Neonatologie und Intensivmedizin	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neo-Kiss
Ergebnis	erfolgreich

Leistungsbereich: Neonatologie und Intensivmedizin	
Messzeitraum	jeweils vom 01.01. – 31.12. eines Jahres
Datenerhebung	jährlich
Rechenregeln	FG < 1500 g; Infektionsrate, Antibiotikage, zentrale Zugänge
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Neonatologie und Geburtshilfe - Perinatalzentrum nach den Anforderungen perizert (Level I)	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifiziertes Perinatalzentrum
Ergebnis	erfolgreich seit 2013, erfolgreiche Re-Zertifizierung 2019
Messzeitraum	jeweils vom 01.01. – 31.12. eines Jahres
Datenerhebung	jährlich
Rechenregeln	Strukturqualität Neo-/ Perinatologie
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.perizert.com https://www.uniklinikum-jena.de/perinatalzentrum/Überblick.html

Leistungsbereich: Mitteldeutsches Kopfschmerzzentrum	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätssicherungsbericht für Krankenkassen
Ergebnis	Auflagen erfüllt
Messzeitraum	1 Jahr
Datenerhebung	bei jedem Patienten i.R.d. integrierten Versorgung im Kopfschmerzzentrum
Rechenregeln	Durchschnittswertbestimmung
Referenzbereiche	unterschiedlich
Vergleichswerte	Vorjahresauswertung, z. T. Absolutwerte
Quellenangaben	Krankenkassen

Leistungsbereich: Neuropädiatrie	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätssicherungsbericht für die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.
Ergebnis	als Teil des Thüringer Muskelzentrums zertifiziert
Messzeitraum	1 Jahr
Datenerhebung	Über alle Patienten in Behandlung
Rechenregeln	Durchschnittswertbestimmung
Referenzbereiche	unterschiedlich
Vergleichswerte	Vorjahresauswertung, z. T. Absolutwerte
Quellenangaben	https://www.dgm.org

Leistungsbereich: Thüringer Muskelzentrum	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätssicherungsbericht für die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V.

Leistungsbereich: Thüringer Muskelzentrum	
Ergebnis	Auflagen erfüllt
Messzeitraum	1 Jahr
Datenerhebung	Über alle Patienten in Behandlung
Rechenregeln	Durchschnittswertbestimmung
Referenzbereiche	unterschiedlich
Vergleichswerte	Vorjahresauswertung, z. T. Absolutwerte
Quellenangaben	Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e. V.; https://www.dgm.org

Leistungsbereich: Mukoviszidosezentrum – Pädiatrische Pneumologie	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifiziert durch MUKO.zert, Qualitätsmanagement Mukoviszidose, EOQ Auditor, Mukoviszidose Institut gGmbH, Bonn
Ergebnis	Mukoviszidose-Einrichtung: Versorgung von Kindern und Jugendlichen und seit 06/14 auch Erwachsenen
Messzeitraum	Zertifikat vom 18.06.2017 (gültig bis 18.06.2020)
Datenerhebung	Zertifizierungsverfahren für die CF-Einrichtungen ist akkreditiert durch die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP)
Rechenregeln	
Referenzbereiche	Abhängig vom jeweiligen Parameter
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.muko.info/angebote/qualitaetsmanagement/zertifizierung/

Leistungsbereich: Kindergastroenterologie	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	CEDATA-Register
Ergebnis	Teilnahme
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	1x/Quartal
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	jährlicher Vergleich mit anderen teilnehmenden kindergastroenterologischen Zentren in Deutschland
Quellenangaben	https://www.gpge.eu/

Leistungsbereich: Geriatrie	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätssiegel Geriatrie
Ergebnis	erfolgreiche Zertifizierung (Add-on zu DIN EN ISO 9001:2015)
Messzeitraum	aktuell gültig bis 20.06.2022
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.bv-geriatrie.de

Leistungsbereich: Geriatrie	
-----------------------------	--

Leistungsbereich: Geriatrie	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gemidas Pro
Ergebnis	zentrale Datenbank, in der die wichtigsten Behandlungsdaten erfasst werden
Messzeitraum	fortlaufend Teilnahme seit 2008
Datenerhebung	Eingabe von Behandlungsdaten aller in der Geriatrie voll- und teilstationär behandelten Patienten quartalsweise (01.01.-31.03./01.04.-30.06./01.07.-30.09./01.10.-31.12. eines Jahres)
Rechenregeln	Benchmarking Geriatrie
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Daten aller anderen teilnehmenden Geriatrien in Deutschland
Quellenangaben	Weitere Informationen erhalten Sie über die Geschäftsstelle des Bundesverbandes für Geriatrie: https://www.bv-geriatrie.de .

Leistungsbereich: Nuklearmedizin	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	EARL Accreditation
Ergebnis	Zertifikat
Messzeitraum	Vierteljährlich
Datenerhebung	Standardisierte Phantommessung zur Beurteilung von Homogenität und Auflösungsvermögen von PET/CT Geräten
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	http://earl.eanm.org

Leistungsbereich: Radiologie - DEGIR	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfassung interventioneller Qualitätssicherungsdaten
Ergebnis	Zertifizierung angestrebt
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Qualitätssicherungsstelle für jede Form radiologischer Interventionen, derzeit ist Teilnahme freiwillig, bei Zertifizierung als interdisziplinäres Gefäßzentrum ist Teilnahme verpflichtend
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Vorjahresauswertung
Quellenangaben	Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)

Leistungsbereich: Apotheke	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herstellerlaubnis nach GMP für nichtsterile Produkte (Hartkapseln) sowie Abpacken (Primärverpacken: Weichkapseln, Kaugummi, andere feste Arzneiformen, Tabletten; Sekundärverpacken)
Ergebnis	erfolgreiche Auditierung durch die Aufsichtsbehörde

Leistungsbereich: Apotheke	
Messzeitraum	2011 - 2015
Datenerhebung	gemäß Art. 15 Richtlinie 2011/20/EG, Art. 13 Richtlinie 2001/20/EG, AMG § 13 Abs. 1 und § 72, Grundsätze und Leitlinien der guten Herstellungspraxis gemäß Richtlinie 2003/94/EG
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Apotheke - Harnsteinanalytik	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Teilnahme an Ringversuchen zur Rezeptur und Harnsteinanalytik
Ergebnis	erfolgreiche Teilnahme
Messzeitraum	jährlich
Datenerhebung	Ringversuch des Zentrallaboratoriums deutscher Apotheker Ringversuch der "Deutsche Vereinte Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e. V."
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Apotheke	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Teilnahme am DRG Benchmark der Pharmaceutical Benefit Management Group
Ergebnis	im oberen Drittel liegend
Messzeitraum	vierteljährlich
Datenerhebung	Arzneimittelverbrauchsdaten
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	

Leistungsbereich: Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 und 17025; externe QK: regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen (Instand, RfB, IFQ Lübeck, UK Neqas, ECAT Foundation) sowie Laborvergleichen
Ergebnis	erfolgreich
Messzeitraum	kontinuierlich nach Vorgaben der Rili-BÄK
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.instand-ev.de/ , https://www.rfb.bio/ , https://www.ifq-

Leistungsbereich: Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik

portal.de/gaportalcustomer/, <https://ukneqas.org.uk/>,
<https://www.ecat.nl/>

Leistungsbereich: Medizinische Mikrobiologie

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189; externe QK Instand sowie Laborvergleiche (Ringversuche)
Ergebnis	erfolgreich
Messzeitraum	
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.instand-ev.de/ringversuche.html

Leistungsbereich: Humangenetik

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189; externe QK (Ringversuche): BvdH, EMQN, Laborvergleiche
Ergebnis	erfolgreiche Teilnahme
Messzeitraum	nach Vorgaben der RilibÄK
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.bvdh-ringversuche.de/index/about , https://www.emqn.org/ http://cf.egascheme.org/info/public/eqa/index.xhtml

Leistungsbereich: Rechtsmedizin

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17020 und 17025; externe QK GTFCh sowie Laborvergleiche (Ringversuche)
Ergebnis	erfolgreich
Messzeitraum	2007 bis dato
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	http://www.pts-gtfch.de/ und https://www.gednap.org/de/ https://www.dgrm.de/arbeitsgemeinschaften/forensische-altersdiagnostik/

Leistungsbereich: Pathologie, Akkreditierung nach DIN EN ISO 17020

Bezeichnung des Qualitätsindikators	Teilnahme an Ringversuchen
Ergebnis	erfolgreiche Teilnahme
Messzeitraum	

Leistungsbereich: Pathologie, Akkreditierung nach DIN EN ISO 17020	
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.instand-ev.de/ringversuche.html und https://quip.eu/de_DE

Leistungsbereich: Institut für Transfusionsmedizin	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189:2014; externe QK sowie Laborvergleiche (Instand, Eurotransplant)
Ergebnis	erfolgreich
Messzeitraum	fortlaufend entsprechend Vorgaben der Rili-BÄK
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.instand-ev.de/ringversuche/ http://www.eurotransplant.org

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Lebertransplantation	20	81
Nierentransplantation	25	38
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	57
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	23
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	83
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	43
Stammzelltransplantation	25	131

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Lebertransplantation	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja

Nierentransplantation	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
-------------------------------	--

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
---	----

Organsystem Ösophagus

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
---	----

Organsystem Pankreas

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
---	----

Stammzelltransplantation

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
---	----

Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
---	----

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

Im Leistungsbereich Kniegelenk-Totalendoprothesen sind die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zu berücksichtigen. Die Meldung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erfolgte fristgerecht mit Schreiben vom 29.07.2020.

Lebertransplantation

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019:	81
---	----

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	92
--	----

Nierentransplantation

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019:	38
---	----

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	48
--	----

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019:	57
---	----

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	47
--	----

Organsystem Ösophagus

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019:	23
---	----

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	23
--	----

Organsystem Pankreas

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019:	83
---	----

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	81
--	----

Stammzelltransplantation	
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019:	131
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	131

Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g	
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019:	43
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	45

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Lebertransplantation	
Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose)	Ja

Nierentransplantation	
Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose)	Ja

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose)	Ja

Organsystem Ösophagus	
Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose)	Ja

Organsystem Pankreas	
Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose)	Ja

Stammzelltransplantation	
Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose)	Ja

Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g	
Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose)	Ja

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Lebertransplantation	
-----------------------------	--

Lebertransplantation	
Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt	Nein
Nierentransplantation	
Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt	Nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt	Nein
Organsystem Ösophagus	
Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt	Nein
Organsystem Pankreas	
Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt	Nein
Stammzelltransplantation	
Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt	Nein
Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g	
Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt	Nein

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Lebertransplantation	
Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt	Nein
Nierentransplantation	

Nierentransplantation	
Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt	Nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt	Nein
Organsystem Ösophagus	
Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt	Nein
Organsystem Pankreas	
Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt	Nein
Stammzelltransplantation	
Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt	Nein
Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g	
Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt	Nein

C-5.2.6 Übergangsregelung

Lebertransplantation	
Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt	Nein
Nierentransplantation	
Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt	Nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt	Nein
Organsystem Ösophagus	
Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt	Nein
Organsystem Pankreas	
Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt	Nein

Stammzelltransplantation

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt	Nein
--	------

Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt	Nein
--	------

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (CQ01)**

Kommentar	erfüllt 2019
-----------	--------------

Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten (CQ02)

Kommentar	erfüllt 2019
-----------	--------------

Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1 (CQ05)Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org

Kommentar	erfüllt 2019
-----------	--------------

Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie (CQ18)

Kommentar	erfüllt 2019
-----------	--------------

Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen (CQ23)

Kommentar	erfüllt 2019
-----------	--------------

Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom (CQ24)

Kommentar	erfüllt 2019
-----------	--------------

Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (CQ25)

Kommentar	erfüllt 2019
-----------	--------------

Nichterfüllung der Anforderungen an die pfl. V. mitgeteilt: Ja

Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Zentren, die nach dem 01.01.2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die Personalausstattung in der Pflege (Pflegeschlüssel), die zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g notwendig sind, noch nicht vollumfänglich erreicht haben.

Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-R: Ja

Klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-R. abgeschlossen: Nein

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	321
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	246
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	242

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Kardiologie	A210	Tagschicht	100,00 %	keine
Kardiologie	A210	Nachtschicht	100,00 %	keine
Kardiologie	A230	Tagschicht	100,00 %	keine
Kardiologie	A230	Nachtschicht	100,00 %	keine
Kardiologie	A440	Tagschicht	100,00 %	keine
Kardiologie	A440	Nachtschicht	100,00 %	keine
Kardiologie	B230	Tagschicht	100,00 %	keine
Kardiologie	B230	Nachtschicht	100,00 %	keine
Unfallchirurgie	B320	Tagschicht	83,00 %	keine
Unfallchirurgie	B320	Nachtschicht	100,00 %	keine
Unfallchirurgie	B330	Tagschicht	100,00 %	keine
Unfallchirurgie	B330	Nachtschicht	100,00 %	keine
Intensivmedizin	C110	Tagschicht	100,00 %	keine
Intensivmedizin	C110	Nachtschicht	100,00 %	keine
Intensivmedizin	C210	Tagschicht	100,00 %	keine
Intensivmedizin	C210	Nachtschicht	100,00 %	keine
Intensivmedizin	C310	Tagschicht	83,00 %	keine
Intensivmedizin	C310	Nachtschicht	100,00 %	keine
Geriatric	G01	Tagschicht	100,00 %	keine
Geriatric	G01	Nachtschicht	100,00 %	keine

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Kardiologie	A210	Tagschicht	75,62 %
Kardiologie	A210	Nachtschicht	92,33 %

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Kardiologie	A230	Tagschicht	87,12 %
Kardiologie	A230	Nachtschicht	98,08 %
Kardiologie	A440	Tagschicht	83,56 %
Kardiologie	A440	Nachtschicht	97,53 %
Kardiologie	B230	Tagschicht	81,37 %
Kardiologie	B230	Nachtschicht	93,15 %
Unfallchirurgie	B320	Tagschicht	60,82 %
Unfallchirurgie	B320	Nachtschicht	85,21 %
Unfallchirurgie	B330	Tagschicht	88,22 %
Unfallchirurgie	B330	Nachtschicht	93,70 %
Intensivmedizin	C110	Tagschicht	99,18 %
Intensivmedizin	C110	Nachtschicht	100,00 %
Intensivmedizin	C210	Tagschicht	99,45 %
Intensivmedizin	C210	Nachtschicht	100,00 %
Intensivmedizin	C310	Tagschicht	72,05 %
Intensivmedizin	C310	Nachtschicht	86,30 %
Geriatric	G01	Tagschicht	100,00 %
Geriatric	G01	Nachtschicht	98,63 %