

# **Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2024**

## **Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH Standort Pößneck**

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 3.0 erstellt.

netfutura GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	8
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	14
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung.....	14
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit.....	14
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	15
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	16
A-10 Gesamtfallzahlen.....	16
A-11 Personal des Krankenhauses.....	17
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	17
A-11.2 Pflegepersonal.....	17
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal.....	19
A-11.3.2 Genesungsbegleitung.....	19
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	19
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	22
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	22
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	22
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	25
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	27
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit.....	28
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....	31
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	32
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V.....	32
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	32
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	32
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	32
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	33
B-[1].1 Klinik für Innere Medizin Pößneck.....	33
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	34
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	35
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	35
B-[1].6 Diagnosen nach ICD.....	35
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	43
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	48
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	48
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	49
B-[1].11 Personelle Ausstattung.....	50
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	50
B-11.2 Pflegepersonal.....	50
B-[2].1 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie / Standort Pößneck.....	52
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	52
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	53
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	53
B-[2].6 Diagnosen nach ICD.....	54
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	54
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	54
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	55

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	55
B-[2].11 Personelle Ausstattung.....	56
B-11.1 Ärztinnen und Ärzte .....	56
B-11.2 Pflegepersonal .....	56
Teil C - Qualitätssicherung .....	58
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1	
Nummer 1 SGB V.....	58
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	58
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	61
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	85
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	85
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	85
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	85
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	
("Strukturqualitätsvereinbarung") .....	86
C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL).....	86
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	86
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr.....	86
C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): .....	87
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	87

## Einleitung

### Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



*Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH, Klinikstandort Pößneck*

### Einleitungstext

Liebe Leserinnen und Leser, sehr geehrte Damen und Herren,

als größtes nicht-universitäres und kommunales Krankenhaus in Thüringen tragen wir eine besondere Verantwortung für unsere Region, für die uns anvertrauten Patientinnen und Patienten und für unsere mehr als 2.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mit unserem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen einen umfassenden Einblick in die Qualität der Behandlungsangebote, in das Leistungsspektrum und in die Kompetenzen der Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“ geben.

Unser Ziel ist es, Ihnen die Qualität unserer medizinischen Versorgung und unsere kontinuierlichen Verbesserungen aufzuzeigen. Neben den gesetzlichen Anforderungen informiert dieser Bericht auch über die Entwicklung und das Portfolio der Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola“. Dank der Motivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können wir unsere Patienten wohnortnah, qualitätsgerecht und effizient nach aktuellen medizinischen Leitlinien behandeln.

Am Klinikstandort Pößneck besteht seit 2023 das ambulante Operationszentrum der Thüringen-Kliniken. Viele Operationen erfordern keinen stationären Aufenthalt, sie können ambulant vorgenommen werden.

Wir setzen uns auch im ambulanten Bereich aktiv dafür ein, die Gesundheitsversorgung in der Region zu verbessern, und bauen unser Medizinisches Versorgungszentrum mit mehr als 35 Arztpraxen kontinuierlich aus.

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Unternehmen und Ihr Vertrauen in die Thüringen-Kliniken. Wenn Sie mehr über unsere Arbeit erfahren möchten, besuchen Sie gerne unsere Website. Wir freuen uns darauf, Ihnen unsere Arbeit näher zu bringen.

Landrat Marko Wolfram  
Vorsitzender des Aufsichtsrates der  
Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH

Dr. med. Thomas Krönert  
Geschäftsführer der  
Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH

**Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

Name	Katrin Fritsche
Position	Mitarbeiterin Qualitätsmanagement
Telefon	03671 / 54 - 3881
Fax	
E-Mail	kfritsche@thueringen-kliniken.de

**Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person**

Name	Sindy Maak
Position	Leiterin Qualitätsmanagement
Telefon	03671 / 54 - 1186
Fax	
E-Mail	smaak@thueringen-kliniken.de

**Weiterführende Links**

URL zur Homepage	<a href="https://www.thueringen-kliniken.de/start">https://www.thueringen-kliniken.de/start</a>
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/praxen">https://www.thueringen-kliniken.de/praxen</a> ( Arztpraxen des MVZ der Thüringen-Kliniken )</li><li>◦ <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/klinikaufenthalt">https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/klinikaufenthalt</a> ( Informationen für Patienten und Besucher )</li><li>◦ <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren">https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren</a> ( Kliniken und Zentren der Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH )</li><li>◦ <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/arztpraxen-an-den-thueringen-kliniken">https://www.thueringen-kliniken.de/arztpraxen-an-den-thueringen-kliniken</a> ( externe Arztpraxen an den Thüringen-Kliniken )</li></ul>

---

## Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

#### I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH
Institutionskennzeichen	261600188
Hausanschrift	Rainweg 68 07318 Saalfeld
Postanschrift	Rainweg 68 07318 Saalfeld
Telefon	03671 / 54 - 0
E-Mail	kontakt@thueringen-kliniken.de
Internet	https://www.thueringen-kliniken.de/start

#### Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Herry Helfritzsch	Leitender Chefarzt	03671 / 54 - 1300	03671 / 54 - 1299	hhelfritzsch@thueringen-kliniken.de

#### Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Sylvia Aschenberner	Pflegedirektorin	03671 / 54 - 1100	03671 / 54 - 1109	s.aschenberner@thueringen-kliniken.de

#### Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Thomas Krönert	Geschäftsführer	03671 / 54 - 1001	03671 / 35074	tkroenert@thueringen-kliniken.de
Nicole Teichmann	Kaufmännische Leiterin und Prokuristin	03671 / 54 - 1001	03671 / 35074	nteichmann@thueringen-kliniken.de
Christian Fischer	Kaufmännischer Leiter und Prokurist	03671 / 54 - 1001	03671 / 35074	cfischer@thueringen-kliniken.de

#### II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola" GmbH
Institutionskennzeichen	261600188
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	772255000
Hausanschrift	Hohes Gäßchen 8-10 07381 Pößneck
Postanschrift	Hohes Gäßchen 8-10 07381 Pößneck
Internet	https://www.thueringen-kliniken.de/start

#### Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Herry Helfritzsch	Leitender Chefarzt	03671 / 54 - 1300	03671 / 54 - 1299	hhelfritzsch@thueringen-kliniken.de

#### Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Sylvia Aschenberner	Pflegedirektorin	03671 / 54 - 1100	03671 / 54 - 1109	s.aschenberner@thueringen-kliniken.de
Eileen Amberg	Bereichspflegedienstleitung	03647 / 436 - 26318	03647 / 436 - 26219	a.amberg@thueringen-kliniken.de

**Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts**

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Thomas Krönert	Geschäftsführer	03671 / 54 - 1001	03671 / 35074	tkroenert@thueringen-kliniken.de
Nicole Teichmann	Kaufmännische Leiterin und Prokuristin	03671 / 54 - 1001	03671 / 35074	nreichmann@thueringen-kliniken.de
Christian Fischer	Kaufmännischer Leiter und Prokurist	03671 / 54 - 1001	03671 / 35074	cfischer@thueringen-kliniken.de

**A-2 Name und Art des Krankenhasträgers**

Name	Landkreis Saalfeld-Rudolstadt
Art	öffentlich

**A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus**

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	◦ des Universitätsklinikums Jena

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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP0 1	Akupressur	Angebot am Standort Rudolstadt
MP0 2	Akupunktur	Angebot über die Hebammen im Leistungsbereich Geburtshilfe, Standort Saalfeld
MP0 3	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP0 4	Atemgymnastik/-therapie	Angebot an allen 3 Standorten (SLF, RU, PN)
MP0 6	Basale Stimulation	
MP0 8	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Zur Beratung und Vermittlung von Leistungen der Rehabilitation steht Ihnen unser Sozialdienst an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) zur Seite.
MP0 9	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Ein interdisziplinäres Palliativkonzept für alle 3 Klinikstandorte (SLF, RU, PN) ist vorhanden.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Bewegungstherapie wird zentral an allen Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie angeboten. Sporttherapie gibt es ausschließlich am Standort Pößneck.
MP1 2	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Die Bobath-Therapie für Erwachsene wird zentral an allen Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie angeboten. Die Behandlung von Kindern erfolgt ausschließlich am Standort Saalfeld.
MP1 3	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Komplettschulung nach Manifestation sowie Beratung / Schulung bei einem dekompensierten Diabetes (auch als Nebendiagnose) an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN). ( <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ernaehrungsmanagement.html">https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ernaehrungsmanagement.html</a> )
MP1 4	Diät- und Ernährungsberatung	Angebot eines speziellen Ernährungsmanagements bei Fehl- und Mangelernährung bzw. Unverträglichkeiten an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) durch ausgebildetes Fachpersonal . ( <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ernaehrungsmanagement.html">https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ernaehrungsmanagement.html</a> )
MP1 5	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Interdisziplinäres Entlassungsmanagement entsprechend dem Expertenstandard durch den Ärztlichen Dienst, Pflege- und Sozialdienst/Überleitmanagement ( <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ueberleitmanagement.html">https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ueberleitmanagement.html</a> )
MP1 6	Ergotherapie/Arbeitstherapie	an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN)
MP1 7	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN)
MP1 8	Fußreflexzonenmassage	Befindet sich ausschließlich im Leistungsangebot der Abteilung Physiotherapie am Klinikstandort Rudolstadt.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP1 9	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Das Angebot besteht am Standort Pößneck in der Hebammenpraxis durch freiberufliche Hebammen.
MP2 1	Kinästhetik	Das Pflegepersonal der Kliniken wurde umfassend in der Thematik Kinästhetik geschult. Das Konzept der Kinästhetik wird an allen Standorten (SLF, RU, PN) umgesetzt.
MP2 2	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Der Expertenstandard Harnkontinenz wird an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) umgesetzt.
MP2 3	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Im Zentrum für seelische Gesundheit am Standort Saalfeld ist eine klinische Kunst- und Gestaltungstherapeutin tätig, welche Kreativ- und Kunsttherapie für stationäre und ambulante Patienten anbietet.
MP2 4	Manuelle Lymphdrainage	zentral an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP2 5	Massage	zentral an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP2 6	Medizinische Fußpflege	Es besteht eine Zusammenarbeit / Kooperation mit ambulanten Fußpflegediensten / Podologen. Über die Stationsleitung kann diese Leistung angemeldet werden.
MP2 7	Musiktherapie	Angebot im Zentrum für Seelische Gesundheit am Standort Saalfeld
MP2 8	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Diese Leistungen können grundsätzlich in der Klinik für Dermatologie sowie in der Geburtshilfe am Standort Saalfeld angeboten werden.
MP2 9	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Manualtherapie wird zentral an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie angeboten.
MP3 1	Physikalische Therapie/Bädertherapie	zentrales Angebot an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP3 2	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	zentrales Angebot an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP3 4	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Konsilanforderung über das Zentrum für Seelische Gesundheit für alle Standorte und Kliniken
MP3 5	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	zentral an allen 3 Klinikstandorten (SLF, RU, PN) über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP3 7	Schmerztherapie/-management	Erfolgt über die Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie an allen 3 Standorten (SLF, RU, PN); der Expertenstandard Schmerztherapie wird umgesetzt
MP3 9	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Die aktuellen Angebote sind auf der Homepage der Thüringen-Kliniken ersichtlich.
MP4 0	Spezielle Entspannungstherapie	Angebot der Funktionsabteilung Physiotherapie an den Standorten Saalfeld und Rudolstadt
MP4 1	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	Aktuelle Angebote entnehmen sie bitte diesem Link: <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/medizin/kliniken-und-praxen/geburtshilfe-kreisssaal-und-wochenstation/einrichtungen-a-584.html">https://www.thueringen-kliniken.de/medizin/kliniken-und-praxen/geburtshilfe-kreisssaal-und-wochenstation/einrichtungen-a-584.html</a>

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP4 2	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Aktivierende, ganzheitliche Pflege unter Einbeziehung moderner Therapiekonzepte, wie z.B. die Umsetzung des Bobath-Konzeptes, die Durchführung geplanter Pflege im Rahmen des Krankenpflegeprozesses, die Betreuung in der Bereichspflege usw. an allen 3 Standorten (SLF, RU, PN)
MP4 3	Stillberatung	Die Stillberatung erfolgt in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Saalfeld sowie in der Hebammenpraxis am Standort Pößneck durch speziell ausgebildetes Personal und freiberufliche Hebammen.
MP4 4	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Angebot über externe Logopäden
MP4 5	Stomatherapie/-beratung	
MP4 7	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP4 8	Wärme- und Kälteanwendungen	zentral an allen 3 Klinikstandorten über die Funktionsabteilung Physiotherapie
MP5 0	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Wochenbettgymnastik wird in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Saalfeld nach der Entbindung durch Physiotherapeuten täglich durchgeführt. Zusätzlich werden Wochenbett- sowie Rückbildungsgymnastik in der Hebammenpraxis am Standort Pößneck durch freiberufliche Hebammen angeboten.
MP5 1	Wundmanagement	Es erfolgt die Umsetzung der entsprechenden Expertenstandards. Speziell ausgebildete Wundschwestern stehen allen Bereichen zentral über einen entsprechenden pflegerischen Konsildienst an allen 3 Standorten (SLF, RU, PN) zur Verfügung.
MP5 2	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Eine Kooperation mit Selbsthilfegruppen wird von folgenden Kliniken angeboten: - Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe → Brustkrebszentrum; Klinik für Allgemein-, Viszeral- & Thoraxchirurgie → Darmkrebszentrum; Klinik für Geriatrie. Der Sozialdienst vermittelt gern den entsprechenden Kontakt.
MP5 3	Aromapflege/-therapie	
MP5 4	Asthmaschulung	
MP5 5	Audiometrie/Hördiagnostik	Neugeborenen-Hörscreening in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort Saalfeld
MP5 6	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Zentrum für Seelische Gesundheit am Standort Saalfeld
MP5 7	Biofeedback-Therapie	Klinik für Geriatrie am Standort Rudolstadt
MP5 9	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Zentrum für Seelische Gesundheit und Klinik für Geriatrie (Standorte SLF, RU)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP6 0	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	an den Standorten Saalfeld und Rudolstadt
MP6 1	Redressionstherapie	
MP6 2	Snoozelen	Über die Ergotherapie des Zentrums für seelische Gesundheit am Standort Saalfeld sowie in der Klinik für Geriatrie am Standort Rudolstadt
MP6 3	Sozialdienst	Der Sozialdienst arbeitet an allen 3 Standorten eng mit internen & externen Ärzten, Pflegepersonal und Angehörigen zusammen, um eine optimale und reibungslose poststationäre Versorgung der Patienten zu ermöglichen. ( <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ueberleitmanagement.html">https://www.thueringen-kliniken.de/pflege/ueberleitmanagement.html</a> )
MP6 4	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Es werden Patienteninformationsveranstaltungen für die Öffentlichkeit angeboten. Die aktuellen Termine und Angebote entnehmen Sie unserer Homepage. ( <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/wir-ueber-uns/veranstaltungen.html">https://www.thueringen-kliniken.de/wir-ueber-uns/veranstaltungen.html</a> )
MP6 5	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Eltern-Kind-Interaktionstraining
MP6 6	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP6 7	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	Durch die Physiotherapie am Klinikstandort Saalfeld.
MP6 8	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Das zentrale Überleitmanagement aller 3 Standorte (SLF, RU, PN) arbeitet mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zusammen.

**A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		Ein-Bett-Zimmer stehen auf allen Stationen zur Verfügung. Sie können vorab über das Sekretariat des entsprechenden Fachbereichs bzw. im Bereich Patientenmanagement oder am Tag der stationären Aufnahme angefragt werden.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Zimmer dieser Art stehen auf allen Stationen zur Verfügung. Sie können vorab über das Sekretariat des jeweiligen Fachbereichs bzw. im Patientenmanagement oder am Tag der stationären Aufnahme angefragt werden.
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		Mutter-Kind-Zimmer werden bei Bedarf zur Begleitung der stationären Behandlung des Kindes eingerichtet.
NM07	Rooming-in		Umsetzung im Bereich der Geburtshilfe
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Bitte besprechen Sie die Aufnahme einer Begleitperson mit der Patientenaufnahme.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		Zwei-Bett-Zimmer stehen auf allen Stationen zur Verfügung.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Zimmer dieser Art stehen auf allen Stationen zur Verfügung.
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		Geistliche katholischer und evangelisch-lutherischer Kirchgemeinden nehmen sich Ihrer Probleme und Sorgen an. Bitte fragen Sie auf Station nach den entsprechenden Seelsorgern. Weiterhin finden einmal wöchentlich am Klinikstandort Saalfeld Abendandachten statt.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Unser Veranstaltungskalender listet aktuelle Tagungen, Patienteninformationsveranstaltungen sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten unserer Kliniken auf. Die Termine finden Sie auf der Homepage.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen erfolgt in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Ihre Wünsche teilen Sie bitte den Mitarbeitern bei der Essenaufnahme mit.
NM68	Abschiedsraum		Die Abschiednahme wird über die Bestattungsunternehmen organisiert.

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Fernsehgerät, Rundfunkempfang und Telefon befinden sich am Bett und sind kostenfrei. Kopfhörer können bei Bedarf kostenpflichtig zur Verfügung gestellt werden. Tresor befindet sich im Patientenzimmer. Cafeterien finden Sie an allen Klinikstandorten. In Saalfeld gibt es einen Friseursalon.

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Andrea Brümmel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sozialarbeiter rBSA / Psychoonkologin
Telefon	03671 / 54 - 1834
Fax	54 / 03671 - 1034
E-Mail	abruemmel@thueringen-kliniken.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienste	Bei Bedarf kann ein Dolmetscher in Landessprache angefordert werden.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Behindertenparkplätze sind in ausreichender Zahl vorhanden.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	barrierefreie Anmeldeschalter
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	Stockwerksanzeige und Notruf-Sprechverbindung zur Rezeption
BF38	Kommunikationshilfen	Gebärdendolmetscher/ -in kann bei Bedarf über den Sozialdienst angefordert werden
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Lehrbeauftragung Friedrich-Schiller-Universität Jena
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Ausbildung von PJ-Studenten vorwiegend aus der Friedrich-Schiller-Universität Jena mit additiven Kursangeboten

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Schulische Ausbildung; in den Thüringen-Kliniken können die Fachpraktika absolviert werden
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	Duale Berufsausbildung, Ausbildungszeit: 3 Jahre
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Schulische Ausbildung; in den Thüringen-Kliniken können die Fachpraktika absolviert werden
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	Duale Berufsausbildung, Ausbildungszeit: 3 Jahre
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	Duale Berufsausbildung, Ausbildungszeit: 3 Jahre
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Duale Berufsausbildung, Ausbildungszeit: 1 Jahr
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	Schulische Ausbildung; in den Thüringen-Kliniken können die Fachpraktika absolviert werden
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Duale Berufsausbildung, Ausbildungszeit: 3 Jahre
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	Ausbildung erfolgt im Rahmen des ausbildungsintegrierten dualen Studiums

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	38
-------------------	----

## A-10 Gesamtfallzahlen

### Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	1689
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	10169
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

---

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	17,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	4,59
Stationäre Versorgung	13,05

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	11,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	4,59
Stationäre Versorgung	6,60
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

#### Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	5,95
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	4,59
Stationäre Versorgung	1,36

#### davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	5,95
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	4,59
Stationäre Versorgung	1,36

### A-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	44,37
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	44,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	14,85

Stationäre Versorgung	29,52
-----------------------	-------

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	21,75	Tätigkeitsbereiche: Funktionsdiagnostik, Pflegepool, Hygiene, Sozialdienst, Zentrale Notfallambulanz, Ambulantes Operationszentrum
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	14,85	
Stationäre Versorgung	6,90	

**Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen**
**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	0,04	Pflegepool
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,04	

**Altenpfleger und Altenpflegerinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,99

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,00

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,04

**davon ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte	1,02	Funktionsdiagnostik, Pflegepool
-------------------	------	---------------------------------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,02

#### Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,12
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,06
Stationäre Versorgung	1,06

#### davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	1,06	Notfallambulanz
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,06	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	1,06	
Stationäre Versorgung	0,00	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

### A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

#### A-11.3.2 Genesungsbegleitung

##### Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen	
-----------------	--

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistentin und Diätassistent (SP04)
Anzahl Vollkräfte	0,75
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,75
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	1,87
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,87
Kommentar / Erläuterung	

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,87
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	2,94
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,94
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2,94
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)
Anzahl Vollkräfte	0,50
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,50
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,50
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
Anzahl Vollkräfte	0,44
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,44
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,44
Kommentar / Erläuterung	

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

Anzahl Vollkräfte	0,99
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,99
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,99
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal

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

Anzahl Vollkräfte	5,61
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,61
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0,00
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	5,61
Kommentar / Erläuterung	

**Weiteres Pflegepersonal, welches nicht in der Berufsgruppenauswahl vorhanden ist:**

Hilfskräfte ohne Ausbildung im Gesundheitswesen: 1,55 VK

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Sindy Maak
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin Qualitätsmanagement
Telefon	03671 / 54 - 1186
Fax	
E-Mail	smaak@thueringen-kliniken.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Mitarbeiter des Qualitätsmanagements der Standorte
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Simone Erler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Risikomanagerin
Telefon	03671 / 54 - 1688
Fax	
E-Mail	serler@thueringen-kliniken.de

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsleitung, Unternehmenskommunikation, Rechtsabteilung, IT-Abteilung
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikomanagementhandbuch der Thüringen-Kliniken (Freigabe 30.01.2025), Qualitätsmanagement-Handbuch nach DIN EN ISO 9001:2015 2025-05-05
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum Klinischen Notfallmanagement sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2024-04-24

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum Schmerzmanagement sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-12-20
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zur Sturzprophylaxe sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2021-03-01
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zur Dekubitusprophylaxe sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-02-06
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum geregelten Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2022-06-16
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum geregelten Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2022-05-19
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input type="checkbox"/> Pathologiebesprechungen <input type="checkbox"/> Palliativbesprechungen <input type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input type="checkbox"/> Andere sowie ethische Fallbesprechungen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Erfassung in der OP-Checkliste 2024-08-20
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-03-13

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-01-24
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum postoperativen Behandlungsmanagement sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-03-07
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01), zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/RM (entsprechende Regelungen zum Entlassungsmanagement sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt) 2023-03-07

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	u. a. persönliches Patientenarmband zur Identifikation, OP-Sicherheitschecklisten, Notfallversorgungskonzept incl. regelmäßige Mitarbeiterschulungen, Meldesystem f. kritische Ereignisse /Fehlermeldesystem (CIRS), Arzneimitteltherapiesicherheit incl. Medikamenten-Interaktionschecks, Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten im Vier-Augen-Prinzip, Digitalisierung der Dokumentation, Maßnahmen zur Vermeidung der Entstehung eines Dekubitus und zur Sturzvermeidung, Video- /Audiodolmetscher

#### Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2022-05-17
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	quartalsweise

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich

**Einrichtungübergreifende Fehlermeldesysteme**

Nummer	Einrichtungübergreifendes Fehlermeldesystem
EF02	CIRS Berlin (Ärztchamber Berlin, Bundesärztekammer)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

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

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	1 beratende Klinikhygienikerin
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3	mit 40h Modul 1 mit Zertifikat
Hygienefachkräfte (HFK)	1	
Hygienebeauftragte in der Pflege	10	mit 40 h Ausbildung mit Zertifikat
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission		halbjährlich

**Vorsitzender der Hygienekommission**

Name	CA Dr. med. Herry Helfritsch
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie
Telefon	03671 / 54 - 1300
Fax	03671 / 54 - 1299
E-Mail	hhelfritsch@thueringen-kliniken.de

**A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**
**A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja

**Der Standard thematisiert insbesondere**

Hygienische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	<input type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input type="checkbox"/> ja

**Standard Liegedauer ZVK**

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input type="checkbox"/> ja

**A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja

**Der Standard thematisiert insbesondere**

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

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja
--	-----------------------------

**Der interne Standard thematisiert insbesondere**

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	<input type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input type="checkbox"/> ja

**A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	19 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input type="checkbox"/> ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> )	<input type="checkbox"/> ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	<input type="checkbox"/> ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input type="checkbox"/> ja

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

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input type="checkbox"/> CDAD-KISS <input type="checkbox"/> HAND-KISS <input type="checkbox"/> ITS-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	Teilnahme seit 2008
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	monatlich	Zertifizierung nach DIN EN ISO 13485:2016
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	halbjährlich	Eine Schulung erfolgt mindestens 2x jährlich nach Sitzung der Hygienekommission sowie bei Bedarf.

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input type="checkbox"/> Ja	Wir nehmen Ihr Anliegen per E-Mail, Post, persönlich oder telefonisch entgegen.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input type="checkbox"/> Ja	Konzept und Verfahrensanweisungen sind im Dokumentenmanagement einsehbar
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	Konzept und Verfahrensanweisungen sind im Dokumentenmanagement einsehbar
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	Konzept und Verfahrensanweisungen sind im Dokumentenmanagement einsehbar
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input type="checkbox"/> Ja	Alle Anfragen behandeln wir vertrauensvoll und beantworten sie schnellstmöglich. Eine Rückmeldung erhalten Sie spätestens nach 10 Arbeitstagen.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input type="checkbox"/> Ja	Gern nehmen wir Ihr Anliegen per E-Mail, Post, persönlich oder telefonisch entgegen. Zusätzlich nimmt jedes Chefarztsekretariat Ihr Anliegen entgegen. <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig">https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig</a>
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input type="checkbox"/> Ja	Unsere Patientenfürsprecherinnen vertreten die Interessen der Patienten gegenüber dem Krankenhaus. Es stehen eine Patientenfürsprecherin für den somatischen Bereich und zwei für den psychiatrischen Bereich zur Verfügung. Diese sind telefonisch, per Mail, schriftlich oder persönlich erreichbar. <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/patientenfuersprecher-1">https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/patientenfuersprecher-1</a>

Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input type="checkbox"/> Ja	Anonyme Äußerungen können jederzeit an das Beschwerdemanagement gerichtet werden. Die Patientenbefragung enthält Freitextfelder zur anonymen Meinungsäußerung. Die Homepage kann ebenfalls dazu genutzt werden. <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig">https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig</a>
Patientenbefragungen	<input type="checkbox"/> Ja	Die Patientenbefragung erfolgt kontinuierlich und in digitaler Form. Der Zugriff ist mit Hilfe eines QR-Codes oder über die Homepage möglich. <a href="https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig">https://www.thueringen-kliniken.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig</a>
Einweiserbefragungen	<input type="checkbox"/> Ja	Für einzelne Bereiche.

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Simone Erler	Risiko- und Beschwerdemanagement	03671 / 54 - 1688		serler@thueringen-kliniken.de

### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Christina Georgi	Patientenfürsprecherin des Zentrums für Seelische Gesundheit - Aufnahmestation P I	0151 / 70561546		patientenfuersprecher@thueringen-kliniken.de
Ilona Gulden	Patientenfürsprecherin für das Zentrum für Seelische Gesundheit	0151 / 42676804		patientenfuersprecher@thueringen-kliniken.de
Cornelia Hutschenreiter	Patientenfürsprecherin somatischer Bereich	03671 / 54 - 3422		patientenfuersprecher@thueringen-kliniken.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Anne Bartz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin der Krankenhausapotheke
Telefon	03671 / 54 - 1270
Fax	03671 / 2372
E-Mail	abartz@thueringen-kliniken.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	7
Kommentar / Erläuterung	

#### 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, zum Beispiel besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls 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 der Patientin oder 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, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) 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 / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder		

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	zentrale und dezentrale Dokumentation zu QM/ RM (entsprechende Regelungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit sind im Dokumentenmanagementsystem hinterlegt; insbesondere VA_TK_Medikamentengabe (Verfahrensanleitung) & PS_TK_Medikamentengabe 10-R-Regel (Pflegestandard)) 2023-10-27	Erfassen der Erstmedikation als Aufnahmemedikation in ORBIS Medication
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Verfahrensanweisungen zur Medikamentengabe, Sonderanforderungen nicht gelisteter Arzneimittel, zum Umgang mit Betäubungsmitteln, zur Anforderung und Zytostatikazubereitung; Pflegestandard zur Medikamentengabe 10-R-Regel 2023-08-03	weitere entsprechende Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Blutprodukten und Betäubungsmitteln, hausinterne Leitlinien zur Antibiotikatherapie, Einscannen des ambulanten Medikamentenplans usw.
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	siehe Punkt AS03 2023-10-27	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung <input type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal <input type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	Herstellungsprogramm Zenzy für Chemotherapie, Qualitätsmanagementsystem für die Herstellung in der Apotheke; Zubereitung von Chemotherapie, Ernährungslösungen und Schmerzinfusionen in der Apotheke durch pharmazeutisches Personal

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) <input type="checkbox"/> Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)	Interaktionschecks über ORBIS bei ausgewählten Patienten durch Apotheker möglich, Anforderung von Arzneimitteln erfolgt elektronisch oder per Modulversorgung; elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (Orbis Medication seit 2022 im Einsatz)
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input type="checkbox"/> Fallbesprechungen <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input type="checkbox"/> Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) <input type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)	Pharmazeutische Betreuung ausgewählter Stationen → z.B. wöchentliche Überprüfung der Medikation auf der ITS SLF durch einen Apotheker mit Fallbesprechung (Kurvervisite), Ausgabe von Methotrexat oral erfolgt ausgeinzelt & patientenbezogen, CIRS-System vorhanden, Beratung zur Antibiotikatherapie
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen <input type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	Aushändigung des Medikationsplans an die Patienten sowie über den Entlassbrief an den weiterbehandelnden Arzt; bei Bedarf Mitgabe von Arzneimitteln über das Wochenende bzw. an Feiertagen oder Ausstellung von Entlassrezepten

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtung-internen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

Ja

Ein „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ wurde erarbeitet. Darin sind die internen Maßnahmen beschrieben. Eine Kinderschutzgruppe incl. Interventionsstufenplan wurden etabliert. Das Compliance-Board ist in das interne Vorgehen eingebunden. Derzeit wird an der Ausweitung des Konzeptes auf alle Patienten, Mitarbeitende und Betroffene im Krankenhaus gearbeitet.

---

Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?

Nein

---

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h Notf.	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung(X)		Ja	Beatmungsgeräte der Firma Dräger, keine Herz-Lungen Maschinen, keine ECMO
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	keine Angabe erforderlich	
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	keine Angabe erforderlich	

### A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A 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.

#### 14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung.

#### 14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Besondere Einrichtung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Ja
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Ja

## Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1].1 Klinik für Innere Medizin Pößneck

#### Einleitungstext

Das Fachgebiet der Inneren Medizin befasst sich mit der Diagnostik und Therapie von Krankheiten der inneren Organe. Unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. Ralph Giese hat die Klinik für Innere Medizin Pößneck diese Schwerpunkte etabliert:

- Kardiologie/Angiologie (Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Gefäßerkrankungen)
- Pulmologie (Behandlung von Erkrankungen der Lungen und der Bronchien)
- Gastroenterologie (Behandlung von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes)
- Erkrankungen der Schilddrüse sowie Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Erkrankungen des arteriellen und venösen Gefäßsystems
- Erkrankungen des Blutes und blutbildender Organe in Kooperation mit einer im Krankenhaus, vorhandenen hämatologisch-onkologischen Praxis
- Erkrankungen der Nieren in Kooperation mit einer im Haus vorhanden Dialysepraxis.

Das Team um Chefarzt Dr. Giese betreut die Patienten stationär sowie in der Ambulanz. Dies bedeutet für den Patienten eine hohe Sicherheit: Im Notfall steht eine leistungsfähige Klinik zur medizinischen Versorgung zur Verfügung.

Mit Überweisungsschein des Hausarztes werden Ultraschalluntersuchungen des Herzens durchgeführt.

Bei entsprechender Notwendigkeit besteht die Möglichkeit ein umfangreiches Spektrum internistischer Diagnostik vorstationär in Anspruch zu nehmen. Neben der kompletten Ultraschalldiagnostik aller Organsysteme sind auch Spiegelungen von Magen, Darm und der Bronchien möglich sowie eine umfassende Lungenfunktionsdiagnostik einschließlich Ergospirometrie.

#### Spezialisierungen:

- Kardiologie / Angiologie
- Pulmologie
- Gastroenterologie

Nähere Informationen zu den Spezialisierungen der Klinik entnehmen Sie unserer Homepage.

#### Zertifizierungen: /

#### Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren>

#### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin Pößneck
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

#### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Ralph Giese
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	03647 / 436 - 26605
Fax	03647 / 436 - 26286
E-Mail	inn-pn@thueringen-kliniken.de

Strasse / Hausnummer	Hohes Gäßchen 8-10
PLZ / Ort	07381 Pößneck
URL	<a href="https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/innere-medizin-poessneck-poessneck">https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/innere-medizin-poessneck-poessneck</a>

---

### **B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen getroffen
Kommentar / Erläuterung	

---

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	

### B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1689
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I50.01	160	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.14	130	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
I50.13	98	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
I10.01	66	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
E86	59	Volumenmangel
N39.0	44	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
K29.1	37	Sonstige akute Gastritis
I48.0	31	Vorhofflimmern, paroxysmal
J44.10	24	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes
F10.0	22	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
J18.0	22	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
J44.19	22	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
A46	21	Erysipel [Wundrose]
E11.91	19	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
I50.12	18	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J18.1	18	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
K52.9	17	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet
K57.32	17	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
I80.28	16	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
A09.0	14	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs
I10.91	14	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
D50.9	13	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet
E87.1	13	Hypoosmolalität und Hyponatriämie
K25.3	13	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation
B99	12	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
K74.6	12	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
R07.4	12	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet
J22	11	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
K21.0	11	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis
K29.6	11	Sonstige Gastritis
I11.91	10	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I26.9	10	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
I95.1	10	Orthostatische Hypotonie
J18.8	10	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
A49.8	9	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bestimmter Lokalisation
J15.7	8	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
K25.0	8	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung
K70.3	8	Alkoholische Leberzirrhose
A41.51	7	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]
C34.3	7	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
I11.01	7	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I48.1	7	Vorhofflimmern, persistierend
J44.09	7	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet
K29.0	7	Akute hämorrhagische Gastritis
R55	7	Synkope und Kollaps
Z03.4	7	Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt
C20	6	Bösartige Neubildung des Rektums
D50.0	6	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
H81.1	6	Benigner paroxysmaler Schwindel
I11.00	6	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
J12.8	6	Pneumonie durch sonstige Viren
J98.7	6	Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert
K85.90	6	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation
R06.0	6	Dyspnoe
R42	6	Schwindel und Taumel
A08.0	5	Enteritis durch Rotaviren
A09.9	5	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs
B34.9	5	Virusinfektion, nicht näher bezeichnet
D50.8	5	Sonstige Eisenmangelanämien
D64.8	5	Sonstige näher bezeichnete Anämien
I44.1	5	Atrioventrikulärer Block 2. Grades

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J44.00	5	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes
K57.30	5	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K92.2	5	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
N10	5	Akute tubulointerstitielle Nephritis
N17.92	5	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2
N17.93	5	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3
A04.70	4	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen
C18.0	4	Bösartige Neubildung: Zäkum
C34.1	4	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
E11.75	4	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E87.6	4	Hypokaliämie
I20.0	4	Instabile Angina pectoris
I31.9	4	Krankheit des Perikards, nicht näher bezeichnet
I48.3	4	Vorhofflattern, typisch
J18.9	4	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
K80.20	4	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
R00.1	4	Bradykardie, nicht näher bezeichnet
R10.4	4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen
A08.1	< 4	Akute Gastroenteritis durch Norovirus
C18.7	< 4	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C25.0	< 4	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C34.9	< 4	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet
C50.9	< 4	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
E11.61	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
G45.92	< 4	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
I21.40	< 4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt
I35.0	< 4	Aortenklappenstenose
I47.1	< 4	Supraventrikuläre Tachykardie
I47.2	< 4	Ventrikuläre Tachykardie
I49.4	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie
I80.0	< 4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten
J14	< 4	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
J15.4	< 4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken
J20.9	< 4	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet
K13.0	< 4	Krankheiten der Lippen
K57.31	< 4	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K59.02	< 4	Medikamentös induzierte Obstipation
K59.09	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation
R00.0	< 4	Tachykardie, nicht näher bezeichnet
R06.4	< 4	Hyperventilation
R11	< 4	Übelkeit und Erbrechen
S32.02	< 4	Fraktur eines Lendenwirbels: L2
A04.0	< 4	Darminfektion durch enteropathogene Escherichia coli
A04.5	< 4	Enteritis durch Campylobacter
A69.2	< 4	Lyme-Krankheit
B02.9	< 4	Zoster ohne Komplikation
C80.0	< 4	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
D12.0	< 4	Gutartige Neubildung: Zäkum
D37.4	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Kolon

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
D38.1	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge
E05.5	< 4	Thyreotoxische Krise
E05.8	< 4	Sonstige Hyperthyreose
F10.3	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
G20.90	< 4	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G40.9	< 4	Epilepsie, nicht näher bezeichnet
G58.0	< 4	Interkostalneuropathie
H81.9	< 4	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet
I20.8	< 4	Sonstige Formen der Angina pectoris
I21.0	< 4	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
I21.41	< 4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt
I31.3	< 4	Perikarderguss (nichtentzündlich)
I33.0	< 4	Akute und subakute infektiöse Endokarditis
I34.0	< 4	Mitralklappeninsuffizienz
I42.0	< 4	Dilatative Kardiomyopathie
I44.2	< 4	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
I49.3	< 4	Ventrikuläre Extrasystolie
I49.5	< 4	Sick-Sinus-Syndrom
I80.1	< 4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis
J06.8	< 4	Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege
J06.9	< 4	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet
J10.0	< 4	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
J10.1	< 4	Grippe mit sonstigen Manifestationen an den Atemwegen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
J10.8	< 4	Grippe mit sonstigen Manifestationen, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
J15.9	< 4	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J20.8	< 4	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
J44.11	< 4	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes
J45.99	< 4	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad
J69.0	< 4	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
K26.0	< 4	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung
K51.8	< 4	Sonstige Colitis ulcerosa
K55.1	< 4	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes
K55.22	< 4	Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung
K56.4	< 4	Sonstige Obturation des Darmes
K57.33	< 4	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K64.2	< 4	Hämorrhoiden 3. Grades
K92.0	< 4	Hämatemesis
M10.97	< 4	Gicht, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M25.50	< 4	Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen
M25.51	< 4	Gelenkschmerz: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M79.18	< 4	Myalgie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
N13.21	< 4	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein
N20.0	< 4	Nierenstein
R07.2	< 4	Präkordiale Schmerzen
R10.3	< 4	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
R40.0	< 4	Somnolenz
R45.1	< 4	Ruhelosigkeit und Erregung
R51	< 4	Kopfschmerz
S20.2	< 4	Prellung des Thorax
S22.06	< 4	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S72.01	< 4	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär
T78.1	< 4	Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert
A02.0	< 4	Salmonellenenteritis
A04.3	< 4	Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli
A04.4	< 4	Sonstige Darminfektionen durch Escherichia coli
A04.79	< 4	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet
A07.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Darmkrankheiten durch Protozoen
A08.3	< 4	Enteritis durch sonstige Viren
A28.0	< 4	Pasteurellose
A37.0	< 4	Keuchhusten durch Bordetella pertussis
A41.0	< 4	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A49.0	< 4	Staphylokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
A49.1	< 4	Streptokokken- und Enterokokkeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation
A49.9	< 4	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet
B02.8	< 4	Zoster mit sonstigen Komplikationen
B16.9	< 4	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum
B37.0	< 4	Candida-Stomatitis
C15.5	< 4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
C16.0	< 4	Bösartige Neubildung: Kardia
C16.9	< 4	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
C19	< 4	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C22.1	< 4	Intrahepatisches Gallengangskarzinom
C22.9	< 4	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet
C24.0	< 4	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
C25.1	< 4	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
C25.9	< 4	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet
C34.2	< 4	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)
C43.9	< 4	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet
C50.4	< 4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	< 4	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.8	< 4	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.1	< 4	Bösartige Neubildung: Endometrium
C56	< 4	Bösartige Neubildung des Ovars
C61	< 4	Bösartige Neubildung der Prostata
C64	< 4	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C78.0	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
C78.2	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
C79.3	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
C79.5	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C85.1	< 4	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C90.30	< 4	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.10	< 4	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.90	< 4	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.10	< 4	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
D01.2	< 4	Carcinoma in situ: Rektum
D12.2	< 4	Gutartige Neubildung: Colon ascendens
D12.5	< 4	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum
D12.6	< 4	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
D13.4	< 4	Gutartige Neubildung: Leber
D37.5	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Rektum
D37.6	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Leber, Gallenblase und Gallengänge

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
D37.70	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Pankreas
D41.0	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Niere
D46.9	< 4	Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet
D48.7	< 4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Sonstige näher bezeichnete Lokalisationen
D53.1	< 4	Sonstige megaloblastäre Anämien, anderenorts nicht klassifiziert
D70.11	< 4	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage
D90	< 4	Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen
E03.9	< 4	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
E05.0	< 4	Hyperthyreose mit diffuser Struma
E05.4	< 4	Hyperthyreosis factitia
E05.9	< 4	Hyperthyreose, nicht näher bezeichnet
E06.1	< 4	Subakute Thyreoiditis
E10.91	< 4	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.11	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E11.90	< 4	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E16.2	< 4	Hypoglykämie, nicht näher bezeichnet
E87.0	< 4	Hyperosmolalität und Hyponatriämie
E88.0	< 4	Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert
F05.1	< 4	Delir bei Demenz
F10.4	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
F11.0	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F44.88	< 4	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
G40.1	< 4	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.7	< 4	Petit-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-Mal-Anfälle
G41.9	< 4	Status epilepticus, nicht näher bezeichnet
H70.0	< 4	Akute Mastoiditis
H81.2	< 4	Neuropathia vestibularis
I10.00	< 4	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.90	< 4	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I20.9	< 4	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet
I24.9	< 4	Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I25.12	< 4	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
I25.13	< 4	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
I25.19	< 4	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnet
I26.0	< 4	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
I31.88	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Perikards
I42.2	< 4	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie
I48.2	< 4	Vorhofflimmern, permanent
I48.4	< 4	Vorhofflattern, atypisch
I49.9	< 4	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet
I50.00	< 4	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.19	< 4	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet
I50.9	< 4	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
I60.9	< 4	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet
I61.5	< 4	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung
I63.3	< 4	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
I63.5	< 4	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
I67.88	< 4	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I70.22	< 4	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
I71.2	< 4	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I80.3	< 4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, nicht näher bezeichnet
I80.88	< 4	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger Lokalisationen
I81	< 4	Pfortaderthrombose
I85.0	< 4	Ösophagusvarizen mit Blutung
I87.00	< 4	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration
I89.02	< 4	Lymphödem der oberen und unteren Extremität(en), Stadium III
I95.2	< 4	Hypotonie durch Arzneimittel
J03.9	< 4	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet
J11.0	< 4	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen
J12.9	< 4	Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet
J13	< 4	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
J15.8	< 4	Sonstige bakterielle Pneumonie
J18.2	< 4	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J20.2	< 4	Akute Bronchitis durch Streptokokken
J20.4	< 4	Akute Bronchitis durch Parainfluenzaviren
J21.9	< 4	Akute Bronchiolitis, nicht näher bezeichnet
J38.4	< 4	Larynxödem
J44.01	< 4	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes
J44.03	< 4	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes
J44.12	< 4	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes
J44.13	< 4	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes
J81	< 4	Lungenödem
J84.10	< 4	Sonstige interstitielle Lungenerkrankungen mit Fibrose: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation
J84.90	< 4	Interstitielle Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation
J90	< 4	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
J98.6	< 4	Krankheiten des Zwerchfells
K11.2	< 4	Sialadenitis
K14.8	< 4	Sonstige Krankheiten der Zunge
K22.6	< 4	Mallory-Weiss-Syndrom
K22.81	< 4	Ösophagusblutung
K25.7	< 4	Ulcus ventriculi: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation
K26.1	< 4	Ulcus duodeni: Akut, mit Perforation
K26.3	< 4	Ulcus duodeni: Akut, ohne Blutung oder Perforation
K26.4	< 4	Ulcus duodeni: Chronisch oder nicht näher bezeichnet, mit Blutung
K26.7	< 4	Ulcus duodeni: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation
K26.9	< 4	Ulcus duodeni: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation
K29.4	< 4	Chronische atrophische Gastritis
K29.5	< 4	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet
K29.8	< 4	Duodenitis
K31.7	< 4	Polyp des Magens und des Duodenums
K31.88	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums
K43.0	< 4	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.69	< 4	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.90	< 4	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K44.9	< 4	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K50.9	< 4	Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet
K51.0	< 4	Ulzeröse (chronische) Pankolitis
K52.0	< 4	Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung
K52.1	< 4	Toxische Gastroenteritis und Kolitis
K55.0	< 4	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes
K56.0	< 4	Paralytischer Ileus
K56.7	< 4	Ileus, nicht näher bezeichnet
K57.12	< 4	Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.92	< 4	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K58.1	< 4	Reizdarmsyndrom, Diarrhoe-prädominant [RDS-D]
K62.51	< 4	Hämorrhagie des Rektums
K62.8	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums
K63.5	< 4	Polyp des Kolons
K65.8	< 4	Sonstige Peritonitis
K76.1	< 4	Chronische Stauungsleber
K76.6	< 4	Portale Hypertonie
K80.00	< 4	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.40	< 4	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.50	< 4	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K83.08	< 4	Sonstige Cholangitis
K85.20	< 4	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K86.3	< 4	Pseudozyste des Pankreas
K86.83	< 4	Exokrine Pankreasinsuffizienz
K92.1	< 4	Meläna
L03.11	< 4	Phlegmone an der unteren Extremität
L23.8	< 4	Allergische Kontaktdermatitis durch sonstige Agenzien
L23.9	< 4	Allergische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache
L27.0	< 4	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel
L53.9	< 4	Erythematöse Krankheit, nicht näher bezeichnet
L97	< 4	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
M13.97	< 4	Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M25.55	< 4	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M46.22	< 4	Wirbelosteomyelitis: Zervikalbereich
M47.26	< 4	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich
M50.2	< 4	Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung
M50.8	< 4	Sonstige zervikale Bandscheibenschäden
M54.82	< 4	Sonstige Rückenschmerzen: Zervikalbereich
M54.84	< 4	Sonstige Rückenschmerzen: Thorakalbereich
M54.95	< 4	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich
M71.2	< 4	Synovialzyste im Bereich der Kniekehle [Baker-Zyste]
M79.69	< 4	Schmerzen in den Extremitäten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M79.86	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Weichteilgewebes: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M79.87	< 4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Weichteilgewebes: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
N13.64	< 4	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisation nicht näher bezeichnet, mit Infektion der Niere
N17.99	< 4	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
N18.5	< 4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
N20.1	< 4	Ureterstein
N23	< 4	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik
N28.1	< 4	Zyste der Niere
N30.88	< 4	Sonstige Zystitis
N40	< 4	Prostatahyperplasie
O99.0	< 4	Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
R00.2	< 4	Palpitationen
R07.3	< 4	Sonstige Brustschmerzen
R09.1	< 4	Pleuritis
R13.0	< 4	Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme
R17.0	< 4	Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert
R19.4	< 4	Veränderungen der Stuhlgewohnheiten
R20.1	< 4	Hypästhesie der Haut
R33	< 4	Harnverhaltung
R40.2	< 4	Koma, nicht näher bezeichnet
R41.0	< 4	Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet
R50.88	< 4	Sonstiges näher bezeichnetes Fieber
R50.9	< 4	Fieber, nicht näher bezeichnet
R56.8	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe
R63.4	< 4	Abnorme Gewichtsabnahme
R74.0	< 4	Erhöhung der Transaminasenwerte und des Laktat-Dehydrogenase-Wertes [LDH]
S02.2	< 4	Nasenbeinfraktur
S22.42	< 4	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen
S22.44	< 4	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen
S32.03	< 4	Fraktur eines Lendenwirbels: L3
S32.1	< 4	Fraktur des Os sacrum
S70.0	< 4	Prellung der Hüfte
S80.1	< 4	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels
S82.18	< 4	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige
T18.1	< 4	Fremdkörper im Ösophagus
T46.0	< 4	Vergiftung: Herzglykoside und Arzneimittel mit ähnlicher Wirkung
T58	< 4	Toxische Wirkung von Kohlenmonoxid
T59.7	< 4	Toxische Wirkung: Kohlendioxid
T75.4	< 4	Schäden durch elektrischen Strom
T78.3	< 4	Angioneurotisches Ödem
T78.4	< 4	Allergie, nicht näher bezeichnet
T85.51	< 4	Mechanische Komplikation durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen oberen Gastrointestinaltrakt
T85.76	< 4	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im sonstigen Gastrointestinaltrakt
Z04.8	< 4	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen
Z08.0	< 4	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-984.8	298	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
1-632.0	292	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
9-984.7	282	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
1-440.9	204	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt
9-984.b	148	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad
9-984.9	127	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650.2	97	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
3-052	91	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
9-984.6	89	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
9-401.22	85	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.00	84	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
9-401.23	84	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
1-444.6	66	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie
1-440.a	64	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt
1-650.1	51	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
8-98g.10	45	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage
1-275.0	38	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
1-710	34	Ganzkörperplethysmographie
8-98g.11	34	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage
8-800.c0	32	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
1-650.0	27	Diagnostische Koloskopie: Partiell
9-984.a	26	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
5-469.e3	25	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch
1-444.7	24	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien
5-469.d3	19	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch
8-930	14	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-148.0	13	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum
1-844	12	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
5-452.61	12	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
1-651	11	Diagnostische Sigmoidoskopie
5-934.0	11	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher
8-854.2	9	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
5-377.30	8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation
8-831.00	8	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd
1-712	7	Spiroergometrie
1-853.2	7	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Aszitespunktion
5-452.62	6	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
8-152.1	6	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle
8-98g.12	6	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-121	5	Darmspülung
9-401.25	5	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 4 Stunden bis 6 Stunden
1-620.01	4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage
1-654.0	4	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument
5-452.82	4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation
8-153	4	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
8-83b.c6	4	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker
1-992.2	< 4	Durchführung von Genexpressionsanalysen in soliden bösartigen Neubildungen: Analyse von 3 bis 12 Zielstrukturen
5-377.1	< 4	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem
8-020.8	< 4	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse
8-706	< 4	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8-771	< 4	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
8-83b.07	< 4	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
8-83b.0c	< 4	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
8-98b.31	< 4	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
1-266.0	< 4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher
1-275.5	< 4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen
1-620.00	< 4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen
1-620.31	< 4	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem ultradünnen Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage
1-631.0	< 4	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs
1-843	< 4	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
3-056	< 4	Endosonographie des Pankreas
5-399.5	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)
5-452.a0	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser: 1 Polyp
5-469.s3	< 4	Andere Operationen am Darm: Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip: Endoskopisch
5-482.01	< 4	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch
6-002.72	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg
6-007.61	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Enzalutamid, oral: 960 mg bis unter 1.440 mg
8-144.0	< 4	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig
8-500	< 4	Tamponade einer Nasenblutung
8-506	< 4	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen
8-640.0	< 4	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)
8-701	< 4	Einfache endotracheale Intubation

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-800.c1	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE
8-810.x	< 4	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige
8-812.52	< 4	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE
8-837.00	< 4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
8-837.01	< 4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien
8-837.m0	< 4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
8-837.m1	< 4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
8-987.10	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage
9-500.0	< 4	Patientenschulung: Basisschulung
1-207.0	< 4	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10-20-System)
1-430.10	< 4	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zangenbiopsie
1-441.0	< 4	Perkutane (Nadel-)Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas: Leber
1-494.1	< 4	(Perkutane) Biopsie an anderen Organen und Geweben mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Perikard
1-551.1	< 4	Biopsie an der Leber durch Inzision: Nadelbiopsie
1-630.0	< 4	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument
1-854.1	< 4	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Schultergelenk
1-854.7	< 4	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk
1-931.0	< 4	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik: Ohne Resistenzbestimmung
3-053	< 4	Endosonographie des Magens
3-055.0	< 4	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege
5-377.41	< 4	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Mit Vorhofelektrode
5-422.21	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
5-422.60	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser: 1 Polyp
5-429.a	< 4	Andere Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen
5-433.52	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Thermokoagulation
5-449.d3	< 4	Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch
5-449.s3	< 4	Andere Operationen am Magen: Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip: Endoskopisch
5-452.72	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
5-452.a1	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Anzahl der Polypen mit mindestens 2 cm Durchmesser: 2 Polypen
5-452.b2	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, motorisierte Spiral-Endoskopie: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
5-490.1	< 4	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision
5-493.02	< 4	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 3 oder mehr Hämorrhoiden

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-493.71	< 4	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur einer A. haemorrhoidalis: Mit rektoanaler Rekonstruktion [Recto-anal-repair]
5-534.03	< 4	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen
5-535.0	< 4	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss
5-543.20	< 4	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Resektion des Omentum: Partiiell
5-560.8	< 4	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Entfernung eines Stents, transurethral
5-572.1	< 4	Zystostomie: Perkutan
5-787.1k	< 4	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia proximal
5-892.0f	< 4	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Unterschenkel
5-895.08	< 4	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Unterarm
5-898.5	< 4	Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, total
5-898.6	< 4	Operationen am Nagelorgan: Exzision von erkranktem Gewebe des Nagelbettes
5-900.04	< 4	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf
5-934.1	< 4	Verwendung von MRT-fähigem Material: Defibrillator
6-007.62	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Enzalutamid, oral: 1.440 mg bis unter 1.920 mg
6-009.4	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Ruxolitinib, oral
8-100.6	< 4	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagoskopie mit flexiblem Instrument
8-100.8	< 4	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagogastroduodenoskopie
8-120	< 4	Magenspülung
8-133.0	< 4	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel
8-137.00	< 4	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral
8-138.0	< 4	Wechsel, Entfernung und Einlegen eines Nephrostomiekatheters: Wechsel ohne operative Dilatation
8-144.2	< 4	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter
8-152.0	< 4	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Perikard
8-158.1	< 4	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes: Akromioklavikulargelenk
8-191.10	< 4	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad
8-550.0	< 4	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
8-550.1	< 4	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
8-800.c2	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE
8-800.f2	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.g2	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 3 Thrombozytenkonzentrate
8-839.47	< 4	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer rechtsventrikulären axialen Pumpe
8-83a.30	< 4	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System: Transvasal platzierte axiale Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Bis unter 48 Stunden
8-900	< 4	Intravenöse Anästhesie

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-987.11	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-98b.30	< 4	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden
8-98g.14	< 4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage
9-401.01	< 4	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden
9-500.1	< 4	Patientenschulung: Grundlegende Patientenschulung

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)	Ermächtigungssprechstunde für sonografische Diagnostik, Duplexsonografie der Extremitäten u. der extra-/intrakraniellen Gefäße, Kontrastmittelsonografie der Gefäße u. Organe insbesondere der Leber		Sprechzeiten: Montag - Freitag 10.00 - 15.30 Uhr / Terminvereinbarung: Tel. 03647 - 436 - 26292
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)	Ermächtigungssprechstunde für Echokardiographien		Sprechzeiten: Montag - Freitag 09.30 - 13.00 Uhr / Terminvereinbarung: Tel. 03647 - 436 - 26336 bzw. 26292
AM07	Privatambulanz			Termine nach Vereinbarung über das Sekretariat Tel. 03647 - 436 - 26605
AM08	Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme		Notfallversorgung durch alle Fachabteilungen der Thüringen-Kliniken
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen		

### B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650.2	490	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-444.6	245	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie
1-444.7	137	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien
1-650.1	95	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-452.61	64	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
5-452.71	56	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge
1-650.0	51	Diagnostische Koloskopie: Partiell
5-452.62	6	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
5-452.72	6	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge
5-452.63	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion
5-452.82	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation
5-452.92	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Thermokoagulation
5-452.70	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Exzision ohne weitere Maßnahmen
8-640.0	< 4	Elektrische Konversion des Herzrhythmus: Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)

### B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

 Nein

 Nein

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	10,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	10,81
Fälle je VK/Person	156,24421

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	4,36
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,36
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	4,36
Fälle je VK/Person	387,38532
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	22,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	22,62
Fälle je VK/Person	74,66843

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	2,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,99
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,99
Fälle je VK/Person	564,88294

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	2,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,02
Fälle je VK/Person	836,13861

### Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,06
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,06
Fälle je VK/Person	1593,39622
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP16	Wundmanagement	
ZP20	Palliative Care	

### Ärztliche Ausbildung / Weiterbildungsermächtigungen:

Chefarzt Dr. med. Ralph Giese ist zur vollen Weiterbildung im Fach Innere Medizin über 60 Monate ermächtigt.

### Weitere Berufsgruppen im Pflegepersonal:

Zusätzlich sind pflegerische Hilfskräfte ohne Ausbildung im Gesundheitswesen in Höhe von 1,68 VK sowie Altenpflegehelfer in Höhe von 0,80 VK in der Klinik tätig. Für diese Berufsgruppe gibt es keine Zuordnung bei der Berufsgruppenauswahl.

### Weitere Zusatzqualifikationen im pflegerischen Bereich:

Care Go Coach

## B-[2].1 Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie / Standort Pößneck

### Einleitungstext

Die Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie arbeitet standortübergreifend in Saalfeld, Rudolstadt sowie Pößneck und erbringt eine hochpräzise, schnelle und moderne radiologische Diagnostik und Therapie rund um die Uhr. Die ärztliche Versorgung erfolgt dabei mit einem gemeinsamen Rufbereitschaftsdienst sowie mittels Teleradiologie durch den diensthabenden Radiologen.

In regelmäßigen Röntgenbesprechungen und fallbezogen quasi rund um die Uhr besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in der Radiologie und am Krankenbett.

Einzelheiten zu den Spezialisierungen, diagnostischen Verfahren und Therapien sowie der Geräteausstattung der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie erfahren Sie im Internetauftritt der Klinik.

Nähere Informationen zu den Spezialisierungen der Klinik finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/radiologie-saalfeld>

Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren>

### Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie / Standort Pößneck
Fachabteilungsschlüssel	3751
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

### Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Eric Lopatta
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	03671 / 54 - 1304
Fax	03671 / 54 - 1042
E-Mail	RadiologischeKlinikSaalfeld@thueringen-kliniken.de
Strasse / Hausnummer	Rainweg 68
PLZ / Ort	07318 Saalfeld
URL	<a href="https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/radiologie-saalfeld">https://www.thueringen-kliniken.de/kliniken-zentren/radiologie-saalfeld</a>

## B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die

Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V

Kommentar / Erläuterung

---

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR02	Native Sonographie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR04	Duplexsonographie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	Angebot am Standort Saalfeld
VR06	Endosonographie	Angebot am Standort Saalfeld
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR10	Computertomographie (CT), nativ	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR15	Arteriographie	Angebot am Standort Saalfeld
VR16	Phlebographie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	Angebot am Standort Saalfeld
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Angebot am Standort Saalfeld
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	Angebot am Standort Saalfeld
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	Angebot an den Standorten Saalfeld, Pößneck
VR40	Spezialsprechstunde	Ermächtigungssprechstunde zur Durchführung von Mammographien und Mammasonographien
VR41	Interventionelle Radiologie	Angebot am Standort Saalfeld
VR42	Kinderradiologie	Angebot am Standort Saalfeld
VR43	Neuroradiologie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR44	Teleradiologie	Angebot an den Standorten Saalfeld, Rudolstadt, Pößneck
VR47	Tumorembolisation	Angebot am Standort Saalfeld

**B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar / Erläuterung	Als nicht entlassende Fachabteilung werden keine Fallzahlen dargestellt.

## B-[2].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

## B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-990	1105	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-200	398	Native Computertomographie des Schädels
3-225	303	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-226	295	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3-222	270	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3-207	228	Native Computertomographie des Abdomens
3-206	183	Native Computertomographie des Beckens
3-202	136	Native Computertomographie des Thorax
3-991	113	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
3-203	47	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-24x	45	Andere Computertomographie-Spezialverfahren
3-84x	42	Andere Magnetresonanz-Spezialverfahren
3-220	22	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-205	20	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-825	18	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-820	16	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-800	15	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
3-802	15	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-821	13	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-843.0	12	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung
3-224.30	8	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]
3-993	8	Quantitative Bestimmung von Parametern
3-994	8	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik
3-221	7	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-841	7	Magnetresonanz-Myelographie
3-100.0	4	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen
3-201	4	Native Computertomographie des Halses
3-806	4	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
3-82a	4	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3-823	< 4	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
3-824.0	< 4	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe
3-139	< 4	Isolierte Dünndarmdarstellung [Enteroklysm]
3-828	< 4	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
3-13d.5	< 4	Urographie: Retrograd
3-20x	< 4	Andere native Computertomographie
3-804	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens
3-900	< 4	Knochendichtemessung (alle Verfahren)

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	Ermächtigung Röntgen und Computertomografie		Röntgen und CT alle Körperregionen

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)			
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)	Notdienstermächtigung auf Überweisung KV-Sitzdienst		Röntgen und CT in begrenztem Umfang
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)	Ermächtigung für Mammographien und Mammasonographien		
AM07	Privatambulanz	Privatsprechstunde		Chefarzt Dr. Lopatta und Oberärztin Dr. Hempel als benannte Stellvertreterin
AM08	Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme		Notfallversorgung durch alle Fachabteilungen der Thüringen-Kliniken
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen		

### B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

### B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Nein

Nein

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	0,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,88
Fälle je VK/Person	

#### davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,88
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

#### Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	

### B-11.2 Pflegepersonal

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

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

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

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

**Ärztliche Ausbildung / Weiterbildungsermächtigungen:**

Weiterbildungsermächtigung Radiologie 60 Monate als Verbundermächtigung von Chefarzt Dr. med. Eric Lopatta mit Radiologischer Praxis Dr. med. Ramona Themel.

Begünstigt durch die am Klinikstandort Saalfeld integrierte Radiologische Praxis Dr. med. Ramona Themel liegen optimale Bedingungen vor. Die Ausbildungsassistenten können daher quasi auf kurze Distanz in der Versorgung stationärer und ambulanter Patienten, vor allem auch bei der Diagnostik von akut Erkrankten und Notfällen, umfangreiche Kenntnisse und Erfahrungen im Fachgebiet und im Zusammenwirken mit den medizinischen Fachbereichen in der Patientenversorgung erwerben.

**Weitere Berufsgruppen - Funktionsbereich:**

Weiterhin sind in der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie 5,61 MTA-R in einem direktem Anstellungsverhältnis im stationären Bereich tätig. Diese sind im Berichtsteil A berücksichtigt.

## Teil C - Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Herzschrittmacher-Implantation 09/1	159	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel 09/2	7	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation 09/3	13	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation 09/4	23	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel 09/5	5	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation 09/6	11	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Karotis-Revaskularisation 10/2	46	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Gynäkologische Operationen 15/1	209	100,48	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Geburtshilfe 16/1	648	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhaus	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung 17/1	127	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Mammachirurgie 18/1	46	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Cholezystektomie CHE	282	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Dekubitusprophylaxe DEK	535	100,19	48		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Herzchirurgie HCH	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offene chirurgische Aortenklappeneingriffe HCH_AK_CHIR	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen HCH_KC	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offene chirurgische Mitralklappeneingriffe HCH_MK_CHIR	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe HCH_MK_KATH	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung HEP	458	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhaus	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation HEP_IMP	447	100	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel HEP_WE	12	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herztransplantationen, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM_MKU	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herztransplantation HTXM_TX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung KEP	411	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation KEP_IMP	387	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel KEP_WE	25	100	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Leberlebendspende LLS	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation LTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Lungen- und Herz-Lungentransplantation LUTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie NEO	116	75	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Nierenlebendspende NLS	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) PCI_LKG	610	100,16	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation PNTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### Ergebnisse der Qualitätssicherung

**Qualitätsindikator:** 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)

**Kennzahl-ID:** 52009

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,06

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,05 - 1,07

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,56

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,22 - 1,43

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 52010

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,00

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,00 - 0,00

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,00 - 0,23

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

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

<b>Ergebnisse der Qualitätssicherung</b>
<b>Risikoadjustierte Rate:</b>
<b>Bezug andere QS Ergebnisse:</b>
<b>Sortierung:</b>
<b>Qualitätsindikator:</b> Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
<b>Kennzahl-ID:</b> 521800
<b>Leistungsbereich:</b> Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
<b>Typ des Ergebnisses:</b> TKez
<b>Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:</b> DeQS
<b>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:</b> nein
<b>Einheit:</b> %
<b>Bundesergebnis:</b> 0,01
<b>Referenzbereich (bundesweit):</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit):</b> 0,01 - 0,01
<b>Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):</b> /
<b>Rechnerisches Ergebnis:</b> 0
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus):</b> 0,00 - 0,23
<b>Ergebnis im Berichtsjahr:</b>
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:</b>
<b>Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:</b>
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG:</b> In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
<b>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:</b>
<b>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:</b>
<b>Risikoadjustierte Rate:</b>
<b>Bezug andere QS Ergebnisse:</b>
<b>Sortierung:</b>
<b>Qualitätsindikator:</b> Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
<b>Kennzahl-ID:</b> 521801
<b>Leistungsbereich:</b> Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
<b>Typ des Ergebnisses:</b> TKez
<b>Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:</b> DeQS
<b>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:</b> nein
<b>Einheit:</b> %
<b>Bundesergebnis:</b> 0,06
<b>Referenzbereich (bundesweit):</b>
<b>Vertrauensbereich (bundesweit):</b> 0,06 - 0,06
<b>Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):</b> /
<b>Rechnerisches Ergebnis:</b> 0
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus):</b> 0,00 - 0,23
<b>Ergebnis im Berichtsjahr:</b>
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:</b>
<b>Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:</b>

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

**Kennzahl-ID:** 52326

**Leistungsbereich:** Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

**Typ des Ergebnisses:** TKez

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,35

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,35 - 0,35

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,24

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,09 - 0,61

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

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

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56003

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 81,10

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 80,65 - 81,55

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**
**Rechnerisches Ergebnis:**
**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**
**Ergebnis im Berichtsjahr:**
**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**
**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56004

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 1,51

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,38 - 1,66

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**
**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**
**Ergebnis im Berichtsjahr:**
**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**
**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

**Kennzahl-ID:** 56008

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 0,23

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,22 - 0,24

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

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

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

**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**

**Risikoadjustierte Rate:**

**Bezug andere QS Ergebnisse:**

**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

**Kennzahl-ID:** 56014

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** %

**Bundesergebnis:** 95,08

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 94,86 - 95,30

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56100

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,09

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,03 - 1,17

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56101

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,03

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,00 - 1,06

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 0,63

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,13 - 1,81

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56103

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 89,18

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 89,06 - 89,29

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 87,59

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 80,65 - 93,21

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56104

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 86,68

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 86,60 - 86,76

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 85,32

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 80,60 - 89,48

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

**Kennzahl-ID:** 56105

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 85,11

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 85,05 - 85,17

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 83,52

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 79,74 - 86,96

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56106

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 75,09

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 74,95 - 75,23

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 86,70

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 79,13 - 92,95

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

**Kennzahl-ID:** 56107

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 89,65

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 89,36 - 89,94

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 93,75

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 70,76 - 99,99

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen

**Kennzahl-ID:** 56108

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 80,49

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 80,28 - 80,70

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 80,88

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 66,31 - 92,04

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

**Kennzahl-ID:** 56109

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 84,20

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 84,01 - 84,39

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 91,94

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 80,29 - 98,59

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56110

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 91,25

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 91,02 - 91,49

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 96,39

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 83,58 - 100,00

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56111

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 79,82

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 79,64 - 80,01

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 69,44

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 63,24 - 80,25

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

**Kennzahl-ID:** 56112

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 61,62

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 61,39 - 61,85

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

**Kennzahl-ID:** 56113

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 49,11

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 48,50 - 49,70

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56114

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 91,88

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 91,32 - 92,42

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** Datenschutz

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** Datenschutz

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56115

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 78,26

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 77,99 - 78,54

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 98,08

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 90,53 - 100,00

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56116

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:** Punkte

**Bundesergebnis:** 93,53

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 93,34 - 93,71

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):** /

**Rechnerisches Ergebnis:** 89,58

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 74,92 - 98,15

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

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

**Kennzahl-ID:** 56117

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 1,02

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 1,00 - 1,04

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:** 3,35

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):** 0,74 - 12,21

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

**Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:**
**Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:**
**Risikoadjustierte Rate:**
**Bezug andere QS Ergebnisse:**
**Sortierung:**

**Qualitätsindikator:** Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

**Kennzahl-ID:** 56118

**Leistungsbereich:** Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

**Typ des Ergebnisses:** QI

**Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA:** DeQS

**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus:** nein

**Einheit:**

**Bundesergebnis:** 0,99

**Referenzbereich (bundesweit):**

**Vertrauensbereich (bundesweit):** 0,97 - 1,01

**Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):**

**Rechnerisches Ergebnis:**

**Vertrauensbereich (Krankenhaus):**

**Ergebnis im Berichtsjahr:**

**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:**

**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:**

### Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

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

#### Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

#### Risikoadjustierte Rate:

#### Bezug andere QS Ergebnisse:

#### Sortierung:

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

### Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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:

Vergleichswerte:

Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit

Evidenzgrundlage: <https://www.krankenhausspiegel-thueringen.de/startseite/>

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

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

keine Angaben

## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	12
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	4
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4

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

## C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

### 8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Klinik für Innere Medizin Pößneck	Neurologie	INN1_P - Innere Medizin	Nacht	100,00	0	
Klinik für Innere Medizin Pößneck	Neurologie	INN1_P - Innere Medizin	Tag	100,00	0	erhöhter Personalausfall, Ausnahmetatbestand § 7PpUGV

### 8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Klinik für Innere Medizin Pößneck	Neurologie	INN1_P - Innere Medizin	Tag	84,97	erhöhter Personalausfall, Ausnahmetatbestand § 7PpUGV
Klinik für Innere Medizin Pößneck	Neurologie	INN1_P - Innere Medizin	Nacht	98,91	

## C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):

keine Angaben

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

trifft nicht zu / entfällt