



Strukturierter Qualitätsbericht 2018

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



SHG: Klinikum Idar-Oberstein

Die Saarland Heilstätten - Kontakte

Geschäftsführer

Bernd Mege

Telefon +49(0)681/889-2299

Fax +49(0)681/889-2275

a.kugler@sb.shg-kliniken.de

Zentrales Medizinisches Controlling und Qualitätsmanagement

Dr. med. Brigitte E. Marx

Telefon +49(0)681/889-2847

Fax +49(0)681/889-2830

b.marx@sb.shg-kliniken.de

Zentrale Unternehmenskommunikation

Tanja Huppert

Telefon +49(0)681/889-2050

Fax +49(0)681/889-2233

t.huppert@sb.shg-kliniken.de



SHG: Saarland Heilstätten



Die Saarland Heilstätten GmbH

bietet in ihren Akutkrankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen mit 2.000 Betten und Tagesklinikplätzen hochspezialisierte Leistungen für stationäre und ambulante Patienten an. Rund 5.500 Mitarbeiter sorgen für eine kompetente und engagierte Betreuung der Patienten und Rehabilitanden und tragen im Bereich der zahlreichen Dienst- und Serviceleistungen der SHG-Gruppe zum reibungslosen Ablauf der medizinischen Behandlung bei.

Die SHG-Gruppe hat in den mehr als 70 Jahren ihres Bestehens eine Tradition des stetigen Ausbaus der medizinischen Angebote unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Entwicklungen und Bedürfnisse gepflegt. Bei ihrer Gründung 1947 war die Saarland-Heilstätten GmbH einer der ersten Krankenhausträger Deutschlands in dieser Rechtsform. Zu der ursprünglichen Lungenheilstätte Sonnenberg und der Klinik Kleinblittersdorf kamen die Kliniken Halberg (1989), Völklingen (1990), Merzig (1993), Idar-Oberstein (1993) sowie die Rehabilitationseinrichtungen Quierschied (1994) und Baumholder (1997) hinzu. 1994 war die SHG Mitbegründer der Saana Textilpflege GmbH. Seit 2000 ergänzen die SHG-Service GmbH und seit 2003 die Apolog GmbH, ein Unternehmen für Gesundheitslogistik und Labordiagnostik, die Dienstleistungsangebote im Klinikbereich. Ein Ausbau der ambulanten Leistungsangebote erfolgte im Rahmen der Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten an den Kliniken in Merzig, Völklingen und Saarbrücken.

Als Trägerin von Krankenhäusern, Fachkliniken für Rehabilitation, ambulanten pflegerischen und berufs begleitenden Diensten sowie eines Seniorenzentrums sichert die SHG-Gruppe einen erheblichen Teil der regionalen Gesundheitsversorgung. Sie nimmt die **Verantwortung** für die Region durch wohnortnahe Behandlung von Patienten aus dem Saarland und Rheinland-Pfalz wie auch aus Frankreich und Luxemburg in ihren Ein-

richtungen wahr. Aufgrund der hohen Spezialisierung sind die Behandlungsangebote der SHG-Einrichtungen auch überregional und im benachbarten Ausland nachgefragt.

Die SHG-Gruppe verfolgt eine **Strategie** der kontinuierlichen Weiterentwicklung ihres medizinischen Leistungsangebotes in allen Kliniken. Das spezialisierte Diagnostik- und Therapieangebot für Krankheitsbilder aller Schweregrade entspricht dem neuesten Stand von Medizin und Technik. Spezielle Kompetenzen der SHG-Gruppe finden sich gebündelt im Herzzentrum mit Gefäßchirurgie, Lungenzentrum und Nierenzentrum in Völklingen, im Fachbereich Neurologie/Neurochirurgie in Idar-Oberstein und in der Neurologischen Frührehabilitation der Kliniken Sonnenberg und Merzig. Innovative Behandlungsangebote und Spezialisierungen ergänzen in den letzten Jahren das bestehende Leistungsspektrum: in den Kliniken Sonnenberg die Adoleszenz- und Mutter-Kind-Station, im Klinikum Idar-Oberstein die Etablierung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Akutgeriatrie und Gefäßchirurgie, in Völklingen die Einführung der „DaVinci“-Roboterchirurgie und in Merzig die Adipositaschirurgie. Auf spezielle Bedürfnisse von Patienten wird im Rahmen neuer Konzepte eingegangen. So bieten wir für geriatrische Patienten komplementäre Medizin in der naturheilkundlich orientierten Ellenruth von Gemmingen Klinik auf dem Sonnenberg an, in Merzig die spezielle Schmerztherapie und eine ausgewiesene Palliativstation.

Eine hohe Qualität der Behandlung erreichen wir dank hoch kompetenter, motivierter Mitarbeiter und modernster medizinischer Ausstattung. Die Mitarbeiterqualifikation wird unterstützt durch eine Vielzahl von Ausbildungsangeboten, die in der Gesellschaft SHG-Bildung zusammengeführt wurden. Die Ausbildungsbereiche innerhalb der SHG-Bildung orientieren sich an drei Säulen: 1. Generalistische Ausbildung Kranken- und Gesundheitspflege, 2. Therapeutische Berufe, 3. Allgemeine Fort- und Weiterbildung, Skill Mix, etc. Erweitert wird das Fortbildungsprogramm durch die seit 2012 bestehende Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen im Saarland (BAGSS).

Bei der medizinischen Behandlung ist uns der gute Kontakt zu den Angehörigen der Patienten wichtig, ebenso wie die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, mit anderen Krankenhäusern und Partnern im Gesundheitswesen.

Mit dem Angebot modernster Diagnostik und Therapie im ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereich, einschließlich der Frührehabilitation und Rehabilitation bzw. der Palliativpflege, ermöglichen wir für zahlreiche Krankheitsbilder und Patienten eine umfassende Betreuung „aus einer Hand“.

Die **Qualität** unserer Leistungen haben wir 2003 anhand einer Selbstbewertung nach dem europäischen Qualitätsmodell EFQM (European Foundation for Quality Management) in allen Einrichtungen überprüft. Seit 2005 sind die SHG-Akutkliniken und seit 2011 die Reha-Einrichtungen erfolgreich nach dem KTQ-Verfahren (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert und stellen sich erfolgreich regelmäßig den Überprüfungs- und Qualitätssicherungsverfahren.

Wir wünschen uns, dass sich unsere Patienten, Rehabilitanden und ihre Angehörigen durch die Erfahrung kompetenter fachlicher und menschlicher Betreuung in unseren Einrichtungen von unserem gelebten Leitsatz „Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit“ überzeugen können.

Der Geschäftsführer



Bernd Mege



Einleitung



SHG: Klinikum Idar-Oberstein

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientinnen und Patienten,

in der Vereinbarung zum strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss, bestehend aus der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der deutschen Krankenkassen unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie des Deutschen Pflgerates, die Veröffentlichung eines Qualitätsberichtes in jährlichem Abstand durch alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser zur Information von Krankenkassen, Patienten und einweisenden Ärzten beschlossen.

Im vorliegenden Qualitätsbericht sind die umfangreichen Aktivitäten diesbezüglich kurz dargestellt. Der Großteil des Berichts leitet sich aus der o.g. Vereinbarung ab, in der der Umfang von den Vertragspartnern so festgelegt wurde. Die angegebenen Daten sind identisch mit den nach § 21 KHEntgG übermittelten Daten und werden um das Kapitel D ergänzt.

Das Klinikum Idar-Oberstein ist als Klinik der Schwerpunktversorgung im Landeskrankenhausplan von Rheinland-Pfalz mit 528 Betten ausgewiesen. Darüber hinaus verfügt das Klinikum über 20 tagesklinische Plätze für psychisch kranke Erwachsene und 15 Plätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Am Standort Baumholder werden 30 Betten für Akutgeriatrie sowie 48 Betten für geriatrische Frührehabilitation vorgehalten. Seit dem 1. Januar 2001 sind die Städtischen Krankenanstalten Idar-Oberstein GmbH und die Krankenhaus Baumholder GmbH zur Klinikum Idar-Oberstein GmbH verschmolzen.

Gesellschafter der Klinikum Idar-Oberstein GmbH sind

- die Saarland Heilstätten GmbH (SHG)
- die Stadt Idar-Oberstein
- der Landkreis Birkenfeld
- die Stadt und die Verbandsgemeinde Baumholder.

Pro Jahr versorgen über 1.200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mehr als 21.000 stationäre und 39.000 ambulante Patientinnen und Patienten.

Die besondere Stärke unseres Klinikums liegt in der ganzheitlichen Betreuung der Patienten durch interdisziplinäre, qualifizierte und motivierte Behandlungsteams. Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Leistungserbringern unterstützen die Behandlungsteams. Moderne Versorgungsformen wie

Disease Management Programme und Verträge wie etwa zur integrierten Versorgung von Schlaganfallpatienten ergänzen das stationäre Behandlungsangebot. Das Klinikum bietet weiterhin eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung gastrointestinaler Tumore und die Möglichkeit einer geriatrischen Frührehabilitation in der Fachklinik Baumholder.

Wir sind ständig bestrebt, die hohe Behandlungsqualität unserer Patienten zu verbessern. Dies gilt für die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Neben der Modernisierung der baulichen Struktur investiert das Klinikum in die Erweiterung des Leistungsspektrums. Mit finanzieller Unterstützung des Landes entstand auf dem Gelände des Klinikums ein Neubau zur Unterbringung der stationären Behandlungseinheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit insgesamt 20 Betten.

Das Klinikum stellt sich seiner sozialen Verantwortung zur Ausbildung in den Bereichen Medizin (Ausbildung der Studierenden im Praktischen Jahr als Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz), Pflege (100 Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Operationstechnische Assistenz) und Verwaltung (Ausbildung in den Berufsbildern Kaufmann für Bürokommunikation sowie Informatikkaufmann und Duales Studium Gesundheitsmanagement). Fachlehrgänge für Praxisanleiter im Gesundheitswesen, Anästhesie- und Intensivpflege, psychiatrische Pflege und Fachpflege für operative Funktionsbereiche runden das Bildungsangebot in unserem Klinikum ab.

Claudia Hamann
Pflegedirektorin

Hendrik Weinz
Verwaltungsdirektor

Prof. Dr. med. Ulrike Zwergel
Ärztliche Direktorin

Die Klinikleitung, vertreten durch das Direktorium, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit im Qualitätsbericht. Bei Fragen und Anmerkungen wenden Sie sich bitte an Jens Wagenknecht, Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung.

Inhaltsverzeichnis

A 15 Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1	16	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	16	Name und Art des Krankenhausträgers
A-3	16	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
A-3a	16	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-4	17	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-5	17	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-6	19	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-7	21	Aspekte der Barrierefreiheit
A-8	22	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-8.1	22	Forschung und akademische Lehre
A-8.2	22	Ausbildung in anderen Heilberufen
A-8.3	22	Forschungsschwerpunkte
A-9	22	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus
A-10	22	Gesamtfallzahlen
A-11	23	Personal des Krankenhauses
A-11.1	23	Ärzte und Ärztinnen
A-11.2	23	Pflegepersonal
A-11.3	25	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik
A-11.4	26	Spezielles therapeutisches Personal
A-12	30	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung
A-12.1	30	Qualitätsmanagement
A-12.2	30	Klinisches Risikomanagement
A-12.3	32	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
A-12.4	35	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement
A-12.5	35	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
A-13	38	Besondere apparative Ausstattung

B 39 Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

B-1	41	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie/ Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie
B-1.1	41	Name der Fachabteilung
B-1.2	41	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
B-1.3	41	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
B-1.4	42	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
B-1.5	42	Fallzahlen der Fachabteilung
B-1.6	42	Hauptdiagnosen nach ICD
B-1.7	43	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-1.8	44	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-1.9	44	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-1.10	45	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-1.11	45	Personelle Ausstattung
B-2	47	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
B-2.1	47	Name der Fachabteilung
B-2.2	47	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
B-2.3	47	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
B-2.4	49	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

B-2.5	49	Fallzahlen der Fachabteilung
B-2.6	49	Hauptdiagnosen nach ICD
B-2.7	50	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-2.8	51	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-2.9	52	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-2.10	52	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-2.11	52	Personelle Ausstattung
B-3	55	Klinik für Urologie
B-3.1	55	Name der Fachabteilung
B-3.2	55	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
B-3.3	55	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
B-3.4	56	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
B-3.5	56	Fallzahlen der Fachabteilung
B-3.6	56	Hauptdiagnosen nach ICD
B-3.7	57	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-3.8	58	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-3.9	58	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-3.10	58	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-3.11	59	Personelle Ausstattung
B-4	61	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
B-4.1	61	Name der Fachabteilung
B-4.2	61	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
B-4.3	61	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
B-4.4	62	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
B-4.5	62	Fallzahlen der Fachabteilung
B-4.6	62	Hauptdiagnosen nach ICD
B-4.7	63	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-4.8	64	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-4.9	64	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-4.10	64	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-4.11	65	Personelle Ausstattung
B-5	68	Medizinische Klinik I/ Innere Medizin/ Schwerpunkt Gastroenterologie/ Nephrologie/ Diabetologie/ Hämatologie
B-5.1	68	Name der Fachabteilung
B-5.2	68	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
B-5.3	68	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
B-5.4	69	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
B-5.5	69	Fallzahlen der Fachabteilung
B-5.6	69	Hauptdiagnosen nach ICD
B-5.7	71	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-5.8	72	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-5.9	72	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-5.10	72	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-5.11	72	Personelle Ausstattung
B-6	75	Medizinische Klinik II/Schwerpunkt Kardiologie und Pneumologie
B-6.1	75	Name der Fachabteilung
B-6.2	75	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
B-6.3	75	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
B-6.4	76	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
B-6.5	76	Fallzahlen der Fachabteilung
B-6.6	76	Hauptdiagnosen nach ICD

- B-6.7 77 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
 B-6.8 78 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
 B-6.9 78 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
 B-6.10 78 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
 B-6.11 78 Personelle Ausstattung
- B-7 81 Klinik für Neurologie mit Stroke Unit**
 B-7.1 81 Name der Fachabteilung
 B-7.2 81 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
 B-7.3 81 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
 B-7.4 82 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
 B-7.5 82 Fallzahlen der Fachabteilung
 B-7.6 82 Hauptdiagnosen nach ICD
 B-7.7 83 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
 B-7.8 84 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
 B-7.9 84 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
 B-7.10 85 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
 B-7.11 85 Personelle Ausstattung
- B-8 88 Klinik für Neurologie mit Schwerpunkt Neurochirurgie**
 B-8.1 88 Name der Fachabteilung
 B-8.2 88 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
 B-8.3 88 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
 B-8.4 89 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
 B-8.5 89 Fallzahlen der Fachabteilung
 B-8.6 89 Hauptdiagnosen nach ICD
 B-8.7 90 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
 B-8.8 91 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
 B-8.9 91 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
 B-8.10 91 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
 B-8.11 91 Personelle Ausstattung
- B-9 94 Klinik für Pädiatrie und Neonatologie**
 B-9.1 94 Name der Fachabteilung
 B-9.2 94 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
 B-9.3 94 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
 B-9.4 95 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
 B-9.5 95 Fallzahlen der Fachabteilung
 B-9.6 95 Hauptdiagnosen nach ICD
 B-9.7 97 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
 B-9.8 98 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
 B-9.9 98 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
 B-9.10 98 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
 B-9.11 98 Personelle Ausstattung
- B-10 101 Belegabteilung für Augenheilkunde**
 B-10.1 101 Name der Fachabteilung
 B-10.2 101 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
 B-10.3 101 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
 B-10.4 102 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
 B-10.5 102 Fallzahlen der Fachabteilung
 B-10.6 102 Hauptdiagnosen nach ICD
 B-10.7 102 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
 B-10.8 102 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
 B-10.9 102 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

- B-10.10 102 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-10.11 102 Personelle Ausstattung

B-11 104 Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

- B-11.1 104 Name der Fachabteilung
- B-11.2 104 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
- B-11.3 104 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-11.4 105 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
- B-11.5 105 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-11.6 105 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-11.7 105 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-11.8 106 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-11.9 106 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-11.10 106 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-11.11 106 Personelle Ausstattung

B-12 108 Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie

- B-12.1 108 Name der Fachabteilung
- B-12.2 108 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
- B-12.3 108 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-12.4 108 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
- B-12.5 108 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-12.6 108 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-12.7 110 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-12.8 111 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-12.9 111 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-12.10 111 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-12.11 111 Personelle Ausstattung

B-13 114 Institut für Strahlentherapie

- B-13.1 114 Name der Fachabteilung
- B-13.2 114 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
- B-13.3 114 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-13.4 114 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
- B-13.5 114 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-13.6 114 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-13.7 115 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-13.8 115 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-13.9 115 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-13.10 115 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-13.11 115 Personelle Ausstattung

B-14 117 Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

- B-14.1 117 Name der Fachabteilung
- B-14.2 117 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
- B-14.3 117 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-14.4 118 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
- B-14.5 118 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-14.6 118 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-14.7 118 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-14.8 118 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-14.9 118 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-14.10 119 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-14.11 119 Personelle Ausstattung

- B-15 121 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Schlaflabor**
- B-15.1 121 Name der Fachabteilung
- B-15.2 121 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
- B-15.3 121 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-15.4 122 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
- B-15.5 122 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-15.6 122 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-15.7 123 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-15.8 124 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-15.9 124 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-15.10 125 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-15.11 125 Personelle Ausstattung
-
- B-16 128 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie**
- B-16.1 128 Name der Fachabteilung
- B-16.2 128 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
- B-16.3 128 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-16.4 129 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
- B-16.5 129 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-16.6 129 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-16.7 130 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-16.8 130 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-16.9 130 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-16.10 130 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-16.11 130 Personelle Ausstattung
-
- B-17 134 Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**
- B-17.1 134 Name der Fachabteilung
- B-17.2 134 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
- B-17.3 134 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-17.4 135 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
- B-17.5 135 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-17.6 135 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-17.7 135 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-17.8 135 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-17.9 136 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-17.10 136 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-17.11 136 Personelle Ausstattung
-
- B-18 139 Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**
- B-18.1 139 Name der Fachabteilung
- B-18.2 139 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung
- B-18.3 139 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
- B-18.4 140 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
- B-18.5 140 Fallzahlen der Fachabteilung
- B-18.6 140 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-18.7 140 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-18.8 140 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-18.9 141 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-18.10 141 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-18.11 141 Personelle Ausstattung
-
- B-19 144 Klinik für Akutgeriatrie**
- B-19.1 144 Name der Fachabteilung
- B-19.2 144 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

B-19.3	144	Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung
B-19.4	144	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung
B-19.5	144	Fallzahlen der Fachabteilung
B-19.6	144	Hauptdiagnosen nach ICD
B-19.7	145	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-19.8	147	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-19.9	147	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-19.10	147	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-19.11	147	Personelle Ausstattung

C 150 Qualitätssicherung

C-1	151	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
C-1.1	151	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate
C-1.2	151	Ergebnisse der Qualitätssicherung
C-2	181	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	181	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	182	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
C-5	182	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
C-5.1	182	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr
C-5.2	182	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr
C-6	183	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
C-7	184	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

D 185 Qualitätsmanagement

D-1	186	Qualitätspolitik
D-2	188	Qualitätsziele
D-3	189	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
D-4	189	Instrumente des Qualitätsmanagements
D-5	191	Qualitätsmanagement-Projekte
D-6	191	Bewertung des Qualitätsmanagements



A Krankenhaus

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Klinikum Idar-Oberstein GmbH
Institutionskennzeichen: 260710646
Standortnummer: 00
Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2
PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein
Telefon: +49(0)6781/66-0
Telefax: +49(0)6781/66-1940
E-Mail: info@io.shg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. med. Ulrike Zwergel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztliche Direktorin
Telefon: +49(0)6781/66-1530
Telefax: +49(0)6781/66-1534
E-Mail: urologie@io.shg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Name: Claudia Hamann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin
Telefon: +49(0)6781/66-1708
Telefax: +49(0)6781/66-1739
E-Mail: pdl@io.shg-kliniken.de

Verwaltungsleitung

Name: Hendrik Weinz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektor
Telefon: +49(0)6781/66-1701
Telefax: +49(0)6781/66-1970
E-Mail: vd@io.shg-kliniken.de

A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Träger: Klinikum Idar-Oberstein GmbH
Art: öffentlich
Internet: www.shg-kliniken.de

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja
Universität: Johannes Gutenberg-Universität Mainz

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses

Organigramme des Unternehmens (Hyperlink)

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP01	Akupressur	
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik / -therapie	
MP55	Audiometrie / Hördiagnostik	Neugeborenen-Screening
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining / -therapie / Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung / Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Kooperation mit ambulantem Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung, Abschiedsraum
MP10	Bewegungsbad / Wassergymnastik	Fachklinik Baumholder
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und / oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie / Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse / Schwangerschaftsgymnastik	
MP59	Gedächtnistraining / Hirnleistungstraining / Kognitives Training / Konzentrationstraining	
MP20	Hippotherapie / Therapeutisches Reiten / Reittherapie	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining / Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie / Kunsttherapie / Theatertherapie / Bibliothotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren / Homöopathie / Phytotherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Unterricht für schulpflichtige Kinder
MP31	Physikalische Therapie / Bädertherapie	[medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie]
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie	[z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät / med. Trainingstherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse	Nichtraucher Kurse, Koronarsportgruppe
MP34	Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst	[psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie]
MP35	Rückenschule / Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie / -management	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Besichtigungen und Führungen (Kreißaal, etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Beratung zur Sturzprophylaxe
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	Babymassage, Babyschwimmen (Fachklinik Baumholder)
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern / Hebammen	Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote wie Hebammensprechstunde
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester, Stomaberatung, Wundmanagement inklusive Wundberatung, Bobath, Kinästhetik, Atemtherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP11	Sporttherapie / Bewegungstherapie	Spezielle Psychomotorik-Gruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie	
MP45	Stomatherapie / -beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und / oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik / Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen / Angebot ambulanter Pflege / Kurzzeitpflege / Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
	Patientenzimmer		
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
	Ausstattung der Patientenzimmer		
NM14	Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 4,75 Euro www.shg-kliniken.de	Das Fernsehgerät am Bett fällt unter den Abschnitt 2 der mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbarten Komfortelemente. Die Preisspanne variiert je nach Ausstattung der Zimmer von 1,00 € bis zu max. 4,75€.
NM15	Internetanschluss am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,71 Euro www.shg-kliniken.de	Das Patienteninternet ist verfügbar auf allen bettenführenden Stationen des Klinikums, Gesamtkosten: 5,00 € für 7 Tage
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00 Euro	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,50 Euro Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,10 Euro Kosten pro Minute bei eingehenden Anrufen: 0,00 Euro	
NM19	Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer		
Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		Spielzimmer
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Tag: 5,00 Euro (maximal) Kosten pro Stunde: 1,00 Euro (maximal)	Die Kosten für die Nutzung des Parkhauses betragen für die 1. Stunde 0,50 €, jede weitere angefangene Stunde 1,00€, pro Tag fallen maximal 5,00 € an, pro Woche 15,00€. Die Nutzung der Parkfläche kostet max. 1,00 € pro Tag bzw. Einfahrt.
NM48	Geldautomat		
Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder			
NM50	Kinderbetreuung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen		
NM42	Seelsorge		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM67	Andachtsraum		
NM68	Abschiedsraum		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF05	Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen: Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Ehrenamtlicher Dienst
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	In den renovierten Stationen stehen entsprechende Räumlichkeiten zur Verfügung.
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung	Ehrenamtlicher Dienst.
BF14	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen	
BF16	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Ehrenamtlicher Dienst, Spezielle Schulungen für ärztlichen Dienst, Pflegedienst und patientennahe Berufsgruppen.
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar)	
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien: Diätetische Angebote	
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienst	
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen / Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Priv.-Doz. Dr. med. Martin Eicke - Johannes Gutenberg-Universität Mainz/ Neurologie Prof. Dr. med. Eva Möhler - Universität Heidelberg Pädagogische Hochschule/ Kinder- und Jugendpsychiatrie Prof. Dr. med. Ulrike Zwergel - Mitglied der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes Homburg
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur / Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)

A-8.3 Forschungsschwerpunkte

Die Klinikum Idar-Oberstein GmbH ist als Weiterbildungsstätte im Sinne § 8 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung für Ärzte in Rheinland-Pfalz anerkannt.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Bettenzahl: 528

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 21.359

Teilstationäre Fälle: 208

Ambulante Fälle:

- Fallzählweise: 39.628

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	150,1	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	149,66	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,44	
– davon stationäre Versorgung	148,49	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,39	
Fachärztinnen/ –ärzte	73,24	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	72,8	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,44	
– davon stationäre Versorgung	71,86	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,94	
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	2	
Ärztinnen/ Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,25	Kuratorium für Hemodialyse
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,25	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	329,9	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	329,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	329,9	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	39,03	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,03	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	39,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen / Entbindungspfleger	6,21	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,21	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6,21	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistenz	1,65	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,65	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,65	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	60,05	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	60,05	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	58,68	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,37	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	16,11	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,11	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	16,11	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Medizinische Fachangestellte	1,43	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,43	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,43	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	3,53
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,53
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,28
– davon ambulante Versorgungsformen	0,25
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,89
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,89
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,89
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	3,03
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,03
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,39
– davon ambulante Versorgungsformen	0,64
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 PsychThG)	5,64
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,64
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,64
– davon ambulante Versorgungsformen	0

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Ergotherapeuten	6,42
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,42
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,42
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	3,71
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,71
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,71
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	4,22
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,22
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,47
– davon ambulante Versorgungsformen	0,75

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Das spezielle therapeutische Personal im Klinikum Idar-Oberstein steht nach ärztlicher Anordnung allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	2,03
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,03
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,03
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	3,53
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,53
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	3,28
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,25

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	6,42
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,42
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	6,42
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP06	Erzieher und Erzieherin	1,88
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,88
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,88
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	0,98
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,98
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,98
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	3,03
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,03
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,39
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,64
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	0,8
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,8
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP14	Logopäde und Logopädin / Klinischer Linguist und Klinische Linguistin / Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin / Phonetiker und Phonetikerin	0,7
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,7
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,7
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP15	Masseur / Medizinischer Bademeister und Masseurin / Medizinische Bademeisterin	1,2
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,2
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,2
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	10,76
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,76
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	10,76
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	8,07
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,07
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	8,07
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater / zur Diabetesberaterin	1,11
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,11
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,11
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	2,39
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,39
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,39
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	7,2
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,2
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	7,2
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	2,81
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,81
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,81
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	9,46
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,46
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	9,46
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	0,89
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,89
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,89
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP58	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)	5,64
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,64
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	5,64
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,15
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,15
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,15
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	2,66
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,66
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,91
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,75

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Jens Wagenknecht
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagementbeauftragter/ Qualitätsmanagement & Organisationsentwicklung, Risikomanagement, Zertifizierung und Zentrenbildung, Zufriedenheitserhebungen
 Telefon: +49(0)6781/66-1963
 Telefax: +49(0)6781/66-1789
 E-Mail: qualitaetsmanagement@io.shg-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Direktorium, Betriebsrat, Qualitätsmanagement
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Jens Wagenknecht
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagementbeauftragter/ Qualitätsmanagement & Organisationsentwicklung, Risikomanagement, Zertifizierung und Zentrenbildung, Zufriedenheitserhebungen
 Telefon: +49(0)6781/66-1963
 Telefax: +49(0)6781/66-1789
 E-Mail: qualitaetsmanagement@io.shg-kliniken.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Direktorium, Betriebsrat, Qualitätsmanagement
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Handbuch zum Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 01.03.2017
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Pflegestandard 9.9 Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 01.12.2016
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Pflegestandard 1.2 Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 01.07.2019
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: Standard Ärztlicher Dienst (Psychiatrie) Letzte Aktualisierung: 22.11.2018
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: Organisationshandbuch Medizintechnik Letzte Aktualisierung: 25.04.2018
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Name: KIS-Formular zur OP-Anmeldung Letzte Aktualisierung: 01.07.2017
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: Dienstanweisung zur Dokumentation Letzte Aktualisierung: 25.07.2017
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: Verfahrensweisung mit OP-Checkliste Letzte Aktualisierung: 11.06.2017
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Verfahrensweisung OP-Patientenschleuse und Aufwachraum/ Intensivstation Letzte Aktualisierung: 22.04.2017
RM18	Entlassungsmanagement	Name: 9.12 Pflegestandard auf Basis des Nationalen Expertenstandards Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 01.05.2018

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 18.11.2014

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: quartalsweise

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit: Die Nutzung eines Notfalleingriffsraumes wurde in einer Verfahrensweisung beschrieben, um die Schnittstellen bei Übergabe zu verbessern. Die Qualifikation des Funktionspersonals in der Endoskopie wurde mit Schulungen weiter ausgebaut.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	Externer Krankenhaushygieniker
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	15	
Hygienefachkräfte (HFK)	3	
Hygienebeauftragte in der Pflege	32	

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Dr. med. Michael Gesemann
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Hygienebeauftragter Arzt
 Telefon: +49(0)6781/66-1646
 Telefax: +49(0)6781/66-1648
 E-Mail: m.gesemann@io.shg-kliniken.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja

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

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	ja

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	nein
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen: 92 ml/Patiententag
 Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 21 ml/Patiententag
 Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen 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)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	ja

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS ITS-KISS OP-KISS STATIONS-KISS
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk Region Rhein-Nahe
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Francesca Stein Ansprechpartnerin Ideen- und Beschwerdemanagement Telefon: +49(0)6781/66-1701 Telefax: +49(0)6781/66-1970 E-Mail: meine.meinung@io.shg-kliniken.de
BM07	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Elfi Retzler Patientenfürsprecherin Telefon: +49(0)6781/66-1701 Telefax: +49(0)6781/66-1970 E-Mail: patientenfuersprecher@io.shg-kliniken.de
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	
BM09	Patientenbefragungen	
BM10	Einweiserbefragungen	

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Michael Ast
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitender Apotheker
 Telefon: +49(0)6781/66-1780
 E-Mail: apotheke@io.shg-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apotheker	4
Weiteres pharmazeutisches Personal	3

¹ Anzahl der Personen

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe - Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung.

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

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie

die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS02	Allgemeines: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
AS03	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS07	Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatname), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Medikationsprozess im Krankenhaus: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen Verwendung spezieller Software (Zenzy®)
AS10	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	Elektronisches Bestellwesen
AS11	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung des Medikationsplans Umsetzung des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät / DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	<input type="checkbox"/>	
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>	in Kooperation mit dem Kuratorium für Heimdialyse (KFH) Neulsenburg
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	<input type="checkbox"/>	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	<input type="checkbox"/>	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	<input checked="" type="checkbox"/>	Teilnahme am Mammographiescreening-Programm
AA33	Uroflow / Blasendruckmessung / Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	<input type="checkbox"/>	

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt



B Fachabteilungen

- 1 41 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie/ Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie
- 2 47 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
- 3 55 Klinik für Urologie
- 4 61 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- 5 68 Medizinische Klinik I/ Innere Medizin/ Schwerpunkt Gastroenterologie/ Nephrologie/ Diabetologie/ Hämatologie
- 6 75 Medizinische Klinik II/Schwerpunkt Kardiologie und Pneumologie
- 7 81 Klinik für Neurologie mit Stroke Unit
- 8 88 Klinik für Neurologie mit Schwerpunkt Neurochirurgie
- 9 94 Klinik für Pädiatrie und Neonatologie
- 10 101 Belegabteilung für Augenheilkunde
- 11 104 Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 12 108 Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie
- 13 114 Institut für Strahlentherapie
- 14 117 Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie
- 15 121 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Schlaflabor
- 16 128 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 17 134 Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- 18 139 Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- 19 144 Klinik für Akutgeriatrie

B-1 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie/ Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie

B-1.1 Name der Fachabteilung

Name: Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie/ Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie
 Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1500)
 Art: Hauptabteilung
 Telefon: +49(0)6781/66-1520
 Telefax: +49(0)6781/66-1525
 E-Mail: allg.chirurgie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name: Dr. med. Christos Zigouris
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
 Telefon: +49(0)6781/66-1520
 E-Mail: allg.chirurgie@io.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

Name: Abidin Karatas
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
 Telefon: +49(0)6781/66-1585
 Telefax: +49(0)6781/66-1587
 E-Mail: gefaesschirurgie@io.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC16	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Aortenaneurysmachirurgie
VC17	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC18	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC20	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie
VC21	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC24	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF07	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2.940
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	65

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	317
2	K40	Leistenbruch (Hernie)	216
3	K80	Gallensteinleiden	195
4	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	187
5	K35	Akute Blinddarmentzündung	129
6	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	124
7	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	123
8	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	100
9	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	77
10	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	73
11 - 1	I83	Krampfadern der Beine	69
11 - 2	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	69
13	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	65

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
14	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	52
15	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	51
16	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	45
17	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	42
18 - 1	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	36
18 - 2	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	36
20	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	35
21	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	34
22 - 1	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	32
22 - 2	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	32
22 - 3	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	32
25	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	31
26 - 1	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms	30
26 - 2	K66	Sonstige Krankheit des Bauchfells (Peritoneum)	30
26 - 3	A46	Wundrose - Erysipel	30
29	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	27
30 - 1	K42	Nabelbruch (Hernie)	26

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	958
2	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	463
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	369
4	5-469	Sonstige Operation am Darm	334
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	310
6	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	298
7	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	287
8	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	244
9	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	224
10	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	215

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	190
12	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	176
13	3-228	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	170
14	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	168
15	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	148
16	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	141
17 – 1	5-930	Art des verpflanzten Materials	139
17 – 2	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	139
17 – 3	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	139
20	8-190	Spezielle Verbandstechnik	138
21	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	136
22	5-38a	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß	118
23	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	117
24	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	116
25	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	113
26	8-176	Behandlung durch Spülung des Bauchraumes bei vorhandener Flüssigkeitsableitung und vorübergehendem Verschluss der Bauchdecke	106
27	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	98
28 – 1	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	96
28 – 2	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	96
30	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	95

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Dr. med. Christos Zigouris

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Ambulanz Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Abidin Karatas

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	16,6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	16,6
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	9,97
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,97
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,97
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	37,4	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	37,4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	37,4	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	2,1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistenz	0,58	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,58	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	4,82	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,82	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,82	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

B-2 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

B-2.1 Name der Fachabteilung

Name:	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Schlüssel:	Unfallchirurgie (1600)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1510
Telefax:	+49(0)6781/66-1516
E-Mail:	unf.chirurgie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Dr. med. Stephan Plawetzki
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt
Telefon:	+49(0)6781/66-1510
E-Mail:	unf.chirurgie@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen / Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren / Endoprothetik
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie / Plastische Chirurgie
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin / Sporttraumatologie
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
V001	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
V003	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
V005	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
V006	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
V007	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
V008	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
V009	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
V010	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
V011	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
V012	Kinderorthopädie
V013	Spezialsprechstunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
V014	Endoprothetik
V015	Fußchirurgie
V016	Handchirurgie
V019	Schulterchirurgie
V020	Sportmedizin / Sporttraumatologie
V021	Traumatologie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie
VC66	Arthroskopische Operationen

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-2.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1.568
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	40

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	108
2	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	106
3	S52	Knochenbruch des Unterarmes	101
4	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	93
5	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	87
6	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	83
7	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	78
8	M75	Schulterverletzung	75
9	S06	Verletzung des Schädelinneren	66
10	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	61
11	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	56
12	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	38
13 – 1	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	34
13 – 2	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	34

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
15	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	29
16	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	26
17 - 1	M22	Krankheit der Kniescheibe	24
17 - 2	S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	24
19	S43	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels	21
20	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	18
21 - 1	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	17
21 - 2	S20	Oberflächliche Verletzung im Bereich des Brustkorbes	17
23	S66	Verletzung von Muskeln oder Sehnen in Höhe des Handgelenkes bzw. der Hand	16
24 - 1	M00	Eitrige Gelenkentzündung	15
24 - 2	M70	Krankheit des Weichteilgewebes aufgrund Beanspruchung, Überbeanspruchung bzw. Druck	15
26 - 1	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	14
26 - 2	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels	14
28 - 1	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	13
28 - 2	S93	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern in Höhe des oberen Sprunggelenkes oder des Fußes	13
30 - 1	M66	Gelenkhaut- bzw. Sehnenriss ohne äußere Einwirkung	11

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	353
2	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	306
3	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	189
4	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	183
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	158
6	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	157
7	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	147
8	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	131
9	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	121
10	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	104

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
11	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	78
12	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	77
13	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	73
14 – 1	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	70
14 – 2	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	70
16	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	65
17 – 1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	61
17 – 2	5-805	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks	61
19	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	60
20	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	58
21	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	56
22	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	55
23	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	54
24	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeerletzung (minimalinvasiv)	51
25	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	49
26	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	45
27	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	43
28 – 1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	41
28 – 2	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnhöhle	41
30	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	40

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Unfallchirurgische Ambulanz Dr. med. Stephan Plawetzki

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

Unfallchirurgische Ambulanz Dr. med. Stephan Plawetzki

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Unfallchirurgische Ambulanz Dr. med. Stephan Plawetzki

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24h)

Unfallchirurgische Ambulanz Dr. med. Stephan Plawetzki

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	9,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	21,65	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,65	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	21,65	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistenz	0,43	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,43	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,43	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	4,16	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,16	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-3 Klinik für Urologie

B-3.1 Name der Fachabteilung

Name:	Klinik für Urologie
Schlüssel:	Urologie (2200)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1530
Telefax:	+49(0)6781/66-1534
E-Mail:	urologie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Prof. Dr. med. Ulrike Zwergel
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefärztin
Telefon:	+49(0)6781/66-1530
E-Mail:	urologie@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU08	Kinderurologie
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU13	Tumorchirurgie
VU14	Spezialsprechstunde
VU15	Dialyse

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie
VU18	Schmerztherapie
VU19	Urodynamik / Urologische Funktionsdiagnostik
VG16	Urogynäkologie

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-3.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.713

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 30

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	293
2	C67	Harnblasenkrebs	167
3	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	166
4	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	132
5	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	115
6	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	95
7	C61	Prostatakrebs	71
8	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	56
9	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	45
10	T83	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile (z.B. Schlauch zur Harnableitung) oder durch Verpflanzung von Gewebe in den Harn- bzw. Geschlechtsorganen	40
11	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	37
12	N30	Entzündung der Harnblase	31
13	N43	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen	24
14	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	23
15	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	22
16	R33	Unvermögen, trotz Harndrang und voller Blase Urin zu lassen	21
17	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	20
18	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	18
19	D40	Tumor der männlichen Geschlechtsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	16

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
20	R39	Sonstige Beschwerden, die Harnwege bzw. Harnblase betreffen	15
21 – 1	Q53	Hodenhochstand innerhalb des Bauchraums	14
21 – 2	N42	Sonstige Krankheit der Prostata	14
21 – 3	N48	Sonstige Krankheit des Penis	14
24	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	13
25 – 1	N44	Drehung der Hoden mit Unterbrechung der Blutversorgung	12
25 – 2	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	12
27 – 1	N17	Akutes Nierenversagen	11
27 – 2	N35	Verengung der Harnröhre	11
29	N28	Sonstige Krankheit der Niere bzw. des Harnleiters	10
30 – 1	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	9

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	620
2	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	483
3	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	381
4	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	259
5	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	249
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	225
7	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	203
8	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	185
9	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	130
10	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	119
11	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	111
12	5-550	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	100
13	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	73
14 – 1	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	49
14 – 2	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	49

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16 – 1	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	48
16 – 2	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	48
18	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	45
19	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	41
20	1-999	Zusatzinformationen zu Untersuchungen	37
21	5-557	Wiederherstellende Operation an der Niere	36
22 – 1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	30
22 – 2	8-110	Harnsteinertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	30
24	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	29
25	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	28
26	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	27
27	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	26
28 – 1	1-464	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	25
28 – 2	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	25
30 – 1	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	23

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Urologische Ambulanz Prof. Dr. med. Ulrike Zwergel

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

Urologische Ambulanz Prof. Dr. med. Ulrike Zwergel

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Urologische Ambulanz Prof. Dr. med. Ulrike Zwergel

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6,21
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,21
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,21
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	4,15
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,15
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,15
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ60	Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie

B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	17,16	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,16	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	17,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Operationstechnische Assistenz	0,18	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,18	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,18	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	5,16	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,16	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

B-4 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

B-4.1 Name der Fachabteilung

Name:	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Schlüssel:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2400)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1550
Telefax:	+49(0)6781/66-1553
E-Mail:	gynaekologie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Stefan Stein
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt
Telefon:	+49(0)6781/66-1550
E-Mail:	gynaekologie@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische / Plastische Mammachirurgie
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 2.053

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 35

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	494
2	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	190
3	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	108
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	93
5	O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	65
6	O80	Normale Geburt eines Kindes	61
7	C50	Brustkrebs	56
8	O70	Dammriss während der Geburt	51
9	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	44
10	O42	Vorzeitiger Blasensprung	43
11	O47	Wehen, die nicht zur Eröffnung des Muttermundes beitragen - Unnütze Wehen	41
12 - 1	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	39
12 - 2	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	39
14	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	36
15	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	34
16	O71	Sonstige Verletzung während der Geburt	28
17	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	23
18 - 1	C53	Gebärmutterhalskrebs	22
18 - 2	O03	Spontane Fehlgeburt	22
20 - 1	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	21
20 - 2	N92	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung	21
22	O23	Entzündung der Harn- bzw. Geschlechtsorgane in der Schwangerschaft	20

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23 – 1	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	19
23 – 2	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	19
25 – 1	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	18
25 – 2	O69	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Komplikationen mit der Nabelschnur	18
27	D27	Gutartiger Eierstocktumor	17
28	O64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt	16
29 – 1	C54	Gebärmutterkrebs	15
29 – 2	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	15

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	543
2	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	282
3	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	228
4	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	200
5	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	160
6	5-740	Klassischer Kaiserschnitt	157
7	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	149
8	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	137
9	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	68
10	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	66
11	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	64
12	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	54
13	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	52
14	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	49
15	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	47
16	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	45
17	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	44

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	42
19	5-469	Sonstige Operation am Darm	41
20 – 1	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	39
20 – 2	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	39
22	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	38
23	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	33
24 – 1	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	31
24 – 2	5-663	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters - Sterilisationsoperation bei der Frau	31
26	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	30
27	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	26
28	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	21
29 – 1	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	19
29 – 2	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	19

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Chefarzt Stefan Stein

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

Ambulanz Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Chefarzt Stefan Stein

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Ambulanz Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Chefarzt Stefan Stein

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	8,79
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,79
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,79
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	4,83
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,83
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,83
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF27	Naturheilverfahren
ZF30	Palliativmedizin

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	14,75	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	14,75	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	5,79	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,79	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen / Entbindungspfleger	6,21	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,21	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6,21	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistenz	0,23	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,23	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,23	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	3,69	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,69	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,69	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP08	Kinästhetik

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-5 Medizinische Klinik I/ Innere Medizin/ Schwerpunkt Gastroenterologie/ Nephrologie/ Diabetologie/ Hämatologie

B-5.1 Name der Fachabteilung

Name: Medizinische Klinik I/ Innere Medizin/ Schwerpunkt Gastroenterologie/ Nephrologie/ Diabetologie/ Hämatologie
 Schlüssel: Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie (0107)
 Art: Hauptabteilung
 Telefon: +49(0)6781/66-1540
 Telefax: +49(0)6781/66-1543
 E-Mail: medklinik1@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name: Dr. med. Sebastian Gregor
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
 Telefon: +49(0)6781/66-1540
 E-Mail: medklinik1@io.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde
VI29	Behandlung von Blutvergiftung / Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI35	Endoskopie
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2.771
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	76

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	127

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
2	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	106
3	E86	Flüssigkeitsmangel	100
4	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	91
5	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	85
6	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	76
7 - 1	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	58
7 - 2	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	58
9	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	55
10	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	54
11	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	50
12 - 1	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	48
12 - 2	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	48
14	K80	Gallensteinleiden	47
15	J10	Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren	46
16 - 1	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	45
16 - 2	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	45
18	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	44
19	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	40
20 - 1	N17	Akutes Nierenversagen	39
20 - 2	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	39
22	J20	Akute Bronchitis	36
23	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	35
24	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	34
25	K25	Magengeschwür	30
26	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	28
27	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	27
28	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	26
29 - 1	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	25
29 - 2	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	25

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	719
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	678
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	462
4	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	354
5	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	318
6	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	286
7	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	284
8	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	245
9	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	211
10	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	173
11	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	170
12	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	158
13	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	150
14	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	145
15 - 1	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	115
15 - 2	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	115
17	5-469	Sonstige Operation am Darm	114
18	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	113
19	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	109
20	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	102
21	8-982	Fachübergreifende Sterbebegleitung	100
22	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	81
23	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	76
24	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	75
25	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	68
26	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	67
27	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	66
28	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	59

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
29 – 1	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	50
29 – 2	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	50

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz der Medizinischen Klinik 1 SP Gastroenterologie Dr. med. Sebastian Gregor

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

Ambulanz der Medizinischen Klinik 1 SP Gastroenterologie Dr. med. Sebastian Gregor

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Angebotene Leistung
Anlage 1 a: Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
Anlage 2 Nr. 6: Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit biliärer Zirrhose
Anlage 2 Nr. 7: Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit primär sklerosierender Cholangitis
Anlage 2 Nr. 8: Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Morbus Wilson

Ambulanz der Medizinischen Klinik 1 SP Gastroenterologie Dr. med. Sebastian Gregor

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	15,24
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,24
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	15,24
– davon ambulante Versorgungsformen	0

	Anzahl ¹
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	8,34
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,34
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	8,34
- davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	37,2	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	37,2	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	37,2	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	5,68	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,68	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,68	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

B-6 Medizinische Klinik II/Schwerpunkt Kardiologie und Pneumologie

B-6.1 Name der Fachabteilung

Name: Medizinische Klinik II/Schwerpunkt Kardiologie und Pneumologie
 Schlüssel: Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie (0103)
 Art: Hauptabteilung
 Telefon: +49(0)6781/66-1546
 Telefax: +49(0)6781/66-1559
 E-Mail: medklinik2@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. habil. Thorsten Reffermann
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
 Telefon: +49(0)6781/66-1546
 E-Mail: medklinik2@io.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
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)
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-6.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 3.185
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 60

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche	338
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	332
3	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	229
4	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	220
5	I21	Akuter Herzinfarkt	203
6	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	183
7	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	179
8	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	129
9 - 1	J20	Akute Bronchitis	92
9 - 2	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	92
11	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	65
12	R00	Störung des Herzschlages	61
13	E86	Flüssigkeitsmangel	60
14 - 1	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	55
14 - 2	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	55
16	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	50
17	J45	Asthma	48
18	I47	Anfallsweise auftretendes Herzasen	47
19	R06	Atemstörung	40
20	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	36
21	J10	Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren	34
22	R42	Schwindel bzw. Taumel	29
23	I95	Niedriger Blutdruck	28
24	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	27
25	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	22

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
26	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	21
27	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	20
28	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	18
29	I46	Herzstillstand	16
30	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	15

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.007
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	865
3	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	787
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	785
5	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	646
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	471
7	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	468
8	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	454
9	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	415
10	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	411
11	1-843	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	380
12	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	313
13	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	156
14	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	122
15	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	120
16	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	118
17	1-430	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung	108
18	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	103
19	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	95
20	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	88
21 - 1	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	84

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21 – 2	1-791	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes	84
23	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	60
24	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	59
25	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	58
26	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	57
27	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	49
28 – 1	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	46
28 – 2	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	46
30	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	42

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz der Medizinischen Klinik II/ Schwerpunkt Kardiologie Prof. Dr. med. habil. Thorsten Reffelmann

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Ambulanz der Medizinischen Klinik II/ Schwerpunkt Kardiologie Prof. Dr. med. habil. Thorsten Reffelmann

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	16,18
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,18
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	16,18
– davon ambulante Versorgungsformen	0

	Anzahl ¹
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	8,72
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,72
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,72
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF09	Geriatric
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

B-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	40,78	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	40,78	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	40,78	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	7,03	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,03	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

B-7 Klinik für Neurologie mit Stroke Unit

B-7.1 Name der Fachabteilung

Name:	Klinik für Neurologie mit Stroke Unit
Schlüssel:	Neurologie (2800)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1560
Telefax:	+49(0)6781/66-1562
E-Mail:	neurologie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Priv.-Doz. Dr. med. Martin Eicke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt
Telefon:	+49(0)6781/66-1560
E-Mail:	neurologie@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN20	Spezialsprechstunde
VN23	Schmerztherapie
VN24	Stroke Unit

B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-7.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 2.394

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 48

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	319
2	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	208
3 - 1	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	196
3 - 2	M54	Rückenschmerzen	196
5	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	84
6	R51	Kopfschmerz	83
7	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	74
8	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	71
9 - 1	R42	Schwindel bzw. Taumel	63
9 - 2	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	63
11 - 1	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	42
11 - 2	G43	Migräne	42
11 - 3	G20	Parkinson-Krankheit	42
14	G44	Sonstiger Kopfschmerz	40
15	R56	Krämpfe	35
16	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	32

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
17 - 1	A69	Sonstige Infektionskrankheit, ausgelöst durch Spirochäten-Bakterien	30
17 - 2	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	30
19	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	29
20	S06	Verletzung des Schädellinneren	26
21	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	25
22	E86	Flüssigkeitsmangel	22
23	I95	Niedriger Blutdruck	21
24	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	20
25	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	19
26 - 1	G30	Alzheimer-Krankheit	18
26 - 2	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	18
28	F41	Sonstige Angststörung	15
29 - 1	A87	Hirnhautentzündung, ausgelöst durch Viren	14
29 - 2	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	14

B-7.7 Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	2.158
2	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1.125
3	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	748
4	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	678
5	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	662
6	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	526
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	469
8	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	434
9	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	399
10	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	375
11	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	341
12	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	281
13	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	243
14	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	212

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
15	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	149
16	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	113
17	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	107
18	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	92
19	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	88
20	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	71
21	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	69
22	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	66
23	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	63
24	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	55
25	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	45
26	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	39
27 - 1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	38
27 - 2	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	38
29	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	36
30 - 1	8-151	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Gehirn, Rückenmark oder im Bereich des Auges mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	26

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Neurosonologie

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Klinik für Neurologie Priv.-Doz. Dr. med. Martin Eicke

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

Ambulanz Klinik für Neurologie Priv.-Doz. Dr. med. Martin Eicke

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Ambulanz Klinik für Neurologie Priv.-Doz. Dr. med. Martin Eicke

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	13,8
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,8
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,8
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	5,48
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,48
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,48
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF09	Geriatric

B-7.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	29,32	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,32	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	29,32	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0,3	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	4,31	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,31	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,31	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	
PQ02	Diplom	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	Fachweiterbildung zur Stroke Nurse vorhanden.
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches	

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-7.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Ergotherapeuten	1,74
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,74
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,74
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

B-8 Klinik für Neurologie mit Schwerpunkt Neurochirurgie

B-8.1 Name der Fachabteilung

Name:	Klinik für Neurologie mit Schwerpunkt Neurochirurgie
Schlüssel:	Neurologie (2890)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1460
Telefax:	+49(0)6781/66-1562
E-Mail:	neurochirurgie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Priv.-Doz. Dr. med. Jochen Tüttenberg
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt
Telefon:	+49(0)6781/66-1460
E-Mail:	neurochirurgie@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC43	Neurochirurgie: Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
VC44	Neurochirurgie: Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
VC45	Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC46	Neurochirurgie: Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
VC48	Neurochirurgie: Chirurgie der intraspinalen Tumoren
VC49	Neurochirurgie: Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC51	Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC52	Neurochirurgie: Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")
VC53	Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
VC54	Neurochirurgie: Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie
VC65	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC70	Neurochirurgie: Kinderneurochirurgie
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde

B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-8.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	675
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	20

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	131
2	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	116
3	M54	Rückenschmerzen	105
4	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	49
5	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdeile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	25
6	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	23
7 - 1	C71	Gehirnkrebs	16
7 - 2	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	16
7 - 3	G20	Parkinson-Krankheit	16
10	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	15
11	S06	Verletzung des Schädelinneren	14
12	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	13
13	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	11
14	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	10
15	G24	Bewegungsstörung durch Veränderung der Muskelspannkraft - Dystonie	9
16 - 1	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	6
16 - 2	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	6
16 - 3	G91	Wasserkopf	6
19	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	5
20 - 1	C72	Krebs des Rückenmarks, der Hirnnerven, des Gehirns oder zugehöriger Strukturen	4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
20 – 2	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	4
20 – 3	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	4
20 – 4	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	4
24 – 1	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	< 4
24 – 2	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	< 4
24 – 3	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	< 4
24 – 4	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	< 4
24 – 5	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
24 – 6	G56	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand	< 4
24 – 7	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	< 4

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1 – 1	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	364
1 – 2	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	364
3	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	334
4	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	243
5	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	242
6	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	200
7	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	126
8	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	125
9	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	96
10	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	89
11	5-033	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal	83
12	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	73
13 – 1	5-988	Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt	66
13 – 2	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	66
15	5-010	Operative Schädelöffnung über das Schädeldach	63
16	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	58
17	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	56

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	47
19	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	45
20	5-835	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	40
21	5-059	Sonstige Operation an Nerven bzw. Nervenknotten	37
22	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	34
23	5-028	Eingriff an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten zur Einpflanzung, Erneuerung oder Entfernung von Fremtteilen wie Mess-Sonden oder Medikamentenpumpen	33
24	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	31
25	5-015	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gehirngewebe	28
26	5-036	Wiederherstellende Operation an Rückenmark bzw. Rückenmarkshäuten	27
27	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	26
28	3-996	Anwendung eines Röntgenbildwandlers, der dreidimensionale Bilder aus zweidimensionalen Daten berechnet	25
29	3-223	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks mit Kontrastmittel	21
30	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	20

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Klinik für Neurochirurgie Priv.-Doz. Dr. med. Jochen Tüttenberg

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	4,12
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,12
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,12
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ41	Neurochirurgie

B-8.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	12,81	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,81	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	12,81	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	0,15	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,15	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistenz	0,23	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,23	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,23	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Medizinische Fachangestellte	1,74	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,74	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,74	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

B-9 Klinik für Pädiatrie und Neonatologie

B-9.1 Name der Fachabteilung

Name:	Klinik für Pädiatrie und Neonatologie
Schlüssel:	Pädiatrie (1000)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1570
Telefax:	+49(0)6781/66-1576
E-Mail:	paediatrie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Dr. med. Walter Koch
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt
Telefon:	+49(0)6781/66-1570
E-Mail:	paediatrie@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK12	Neonatologische / Pädiatrische Intensivmedizin
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen / neurodegenerativen Erkrankungen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK25	Neugeborenencreening
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
VK28	Pädiatrische Psychologie
VK29	Spezialsprechstunde
VK30	Immunologie
VK31	Kinderchirurgie
VK32	Kindertraumatologie
VK33	Mukoviszidosezentrum
VK34	Neuropädiatrie
VK36	Neonatologie
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen

B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-9.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1.495
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	25

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	104

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
2	A08	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger	79
3	J20	Akute Bronchitis	69
4	J10	Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren	68
5	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	66
6 - 1	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	61
6 - 2	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	61
8	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	48
9	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	47
10	J03	Akute Mandelentzündung	42
11	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	35
12	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	32
13 - 1	R56	Krämpfe	30
13 - 2	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	30
15	R06	Atemstörung	27
16 - 1	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	23
16 - 2	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	23
18	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	22
19	R51	Kopfschmerz	20
20	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	19
21	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	18
22 - 1	P22	Atemnot beim Neugeborenen	14
22 - 2	P21	Atemstillstand (Asphyxie) des Kindes während der Geburt	14
24	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	13
25 - 1	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	12
25 - 2	B08	Sonstige Viruskrankheit, die an Haut bzw. Schleimhaut auftritt	12
27 - 1	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	11
27 - 2	S06	Verletzung des Schädelinneren	11
29 - 1	J05	Akute Kehlkopfentzündung mit Atemnot (Krupp) bzw. Kehldeckelentzündung	10
29 - 2	J45	Asthma	10

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	305
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	155
3	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	110
4	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	103
5	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	96
6	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	50
7	8-811	Ausgleich eines Flüssigkeitsmangels bei Neugeborenen durch Einbringen von Flüssigkeit über eine Vene	46
8	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	26
9	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	23
10 - 1	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	17
10 - 2	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	17
12	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	16
13	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	15
14 - 1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	13
14 - 2	8-720	Sauerstoffgabe bei Neugeborenen	13
16 - 1	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	9
16 - 2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	9
16 - 3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	9
19 - 1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	8
19 - 2	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	8
21 - 1	8-121	Darmspülung	7
21 - 2	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	7
21 - 3	8-700	Offenhalten der Atemwege durch einen Schlauch über Mund oder Nase	7
24 - 1	3-804	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel	6
24 - 2	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	6
24 - 3	8-120	Magenspülung	6
27 - 1	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	5
27 - 2	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	5
29 - 1	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
29 – 2	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörperplethysmographie	4

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz Klinik für Pädiatrie Dr. med. Walter Koch

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

Ambulanz Klinik für Pädiatrie Dr. med. Walter Koch

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	9,27
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,27
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,27
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	4,71
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,71
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,71
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF03	Allergologie	
ZF15	Intensivmedizin	Pädiatrie
ZF44	Sportmedizin	

B-9.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	2,98	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,98	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,98	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	21,97	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,97	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	21,97	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,79	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,79	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-10 Belegabteilung für Augenheilkunde

B-10.1 Name der Fachabteilung

Name: Belegabteilung für Augenheilkunde
 Schlüssel: Augenheilkunde (2700)
 Art: Belegabteilung
 Telefon: +49(0)6781/22879
 Telefax: +49(0)6781/1015
 E-Mail: info@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name: Dr. med. Hans-Joachim Schmidt
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Belegarzt
 Telefon: +49(0)6781/22879
 E-Mail: info@io.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

Name: Dieter Speck
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ansprechpartner im Klinikum
 Telefon: +49(0)6781/22879
 E-Mail: info@io.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Augenheilkunde
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Augenheilkunde
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

B-10.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	1

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl ¹
Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	1

¹ Anzahl der Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ04	Augenheilkunde

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF27	Naturheilverfahren

B-10.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	0,9	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,9	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement

B-10.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Siehe A-14.3

B-11 Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-11.1 Name der Fachabteilung

Name:	Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Schlüssel:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (2600)
Art:	Belegabteilung
Telefon:	+49(0)6781/21112
Telefax:	+49(0)6781/900181
E-Mail:	HNO-Dr.Saxler@t-online.de

Chefärzte

Name:	Dr. med. (Univ. Bologna) Bernhard Saxler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Belegarzt
Telefon:	+49(0)6781/21112
E-Mail:	HNO-Dr.Saxler@t-online.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH01	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH02	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH03	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH04	Ohr: Mittelohrchirurgie
VH06	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH07	Ohr: Schwindeldiagnostik / -therapie
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH09	Nase: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH10	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH11	Nase: Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
VH12	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
VH13	Nase: Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VI32	Nase: Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen / Schlafmedizin
VH14	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH15	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH16	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH25	Mund / Hals: Schnarchoperationen
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH19	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VI22	Allgemein: Diagnostik und Therapie von Allergien

B-11.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-11.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	100
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	3

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	56
2	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	25
3	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	9
4	R04	Blutung aus den Atemwegen	4
5 - 1	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	< 4
5 - 2	C32	Kehlkopfkrebs	< 4
5 - 3	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	< 4
5 - 4	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	< 4

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	65
2	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	62
3	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	13
4 - 1	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	12
4 - 2	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	12
6	5-221	Operation an der Kieferhöhle	6
7	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	5

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	4
9 – 1	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	< 4
9 – 2	5-210	Operative Behandlung bei Nasenbluten	< 4
9 – 3	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	< 4
9 – 4	5-275	Operative Korrektur des harten Gaumens - Palatoplastik	< 4
9 – 5	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	< 4
9 – 6	5-289	Sonstige Operation an Gaumen- bzw. Rachenmandeln	< 4
9 – 7	5-087	Wiederherstellende Operation des Tränennasengangs	< 4

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl ¹
Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	1

¹ Anzahl der Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF27	Naturheilverfahren

B-11.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	1,58	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,58	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

B-11.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Siehe A-14.3

B-12 Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie

B-12.1 Name der Fachabteilung

Name:	Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie
Schlüssel:	Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie (3650)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1160
Telefax:	+49(0)6781/66-1173
E-Mail:	anaesthesie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Dr. med. Andreas Thierbach
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt
Telefon:	+49(0)6781/66-1160
E-Mail:	anaesthesie@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin

B-12.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	48
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	12

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	5
2	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3 - 1	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	< 4
3 - 2	K35	Akute Blinddarmentzündung	< 4
3 - 3	J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen - ARDS	< 4
3 - 4	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	< 4
3 - 5	K65	Bauchfellentzündung - Peritonitis	< 4
3 - 6	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	< 4
3 - 7	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
3 - 8	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	< 4
3 - 9	D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	< 4
3 - 10	I50	Herzschwäche	< 4
3 - 11	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	< 4
3 - 12	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	< 4
3 - 13	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	< 4
3 - 14	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	< 4
3 - 15	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	< 4
3 - 16	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	< 4
3 - 17	S51	Offene Wunde des Unterarmes	< 4
3 - 18	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	< 4
3 - 19	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	< 4
3 - 20	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	< 4
3 - 21	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	< 4
3 - 22	M62	Sonstige Muskelkrankheit	< 4
3 - 23	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	< 4
3 - 24	J96	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut	< 4
3 - 25	T43	Vergiftung durch bewusstseinsverändernde Substanzen	< 4
3 - 26	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	< 4
3 - 27	S06	Verletzung des Schädelinneren	< 4
3 - 28	S35	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	< 4

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	823
2	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	347
3	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	297
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	134
5	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	127
6	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	106
7	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	70
8	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	63
9 – 1	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	53
9 – 2	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	53
11	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	52
12	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	42
13	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	39
14	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	35
15	8-176	Behandlung durch Spülung des Bauchraumes bei vorhandener Flüssigkeitsableitung und vorübergehendem Verschluss der Bauchdecke	34
16	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	32
17 – 1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	25
17 – 2	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	25
17 – 3	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	25
20	5-545	Operativer Verschluss der Bauchwand bzw. des Bauchfells (Peritoneum)	23
21 – 1	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	22
21 – 2	3-227	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelettsystems mit Kontrastmittel	22
23	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	20
24	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	19
25	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	18
26	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut	17

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27 – 1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	15
27 – 2	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	15
29	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	14
30 – 1	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	13

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie Dr. med. Andreas Thierbach

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	18,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,01
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	18,01
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	7
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF27	Naturheilverfahren
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-12.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	33,51	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	33,51	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	33,51	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	2,57	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,57	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,57	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-13 Institut für Strahlentherapie

B-13.1 Name der Fachabteilung

Name: Institut für Strahlentherapie
 Schlüssel: Strahlenheilkunde (3300)
 Art: Hauptabteilung
 Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
 Telefon: +49(0)6781/66-1670
 Telefax: +49(0)6781/66-1673
 E-Mail: strahlentherapie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name: Dr. med. Lothar Wisser
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
 Telefon: +49(0)6781/66-1670
 E-Mail: strahlentherapie@io.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR32	Strahlentherapie: Hochvoltstrahlentherapie	
VR35	Strahlentherapie: Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Strahlentherapie: Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	Virtuelle Bestrahlungssimulation

B-13.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-13.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 3

B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**Ambulanz Institut für Strahlentherapie Dr. med. Lothar Wisser**

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-13.11 Personelle Ausstattung**B-13.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	1,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	1,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ58	Strahlentherapie

B-13.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

B-14 Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

B-14.1 Name der Fachabteilung

Name: Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie
 Schlüssel: Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie (3350)
 Telefon: +49(0)6781/66-1622
 Telefax: +49(0)6781/66-1630
 E-Mail: radiologie@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name: Dr. med. Lothar Boguth
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
 Telefon: +49(0)6781/66-1622
 E-Mail: radiologie@io.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-14.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR07	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie / Durchleuchtung als selbstständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR25	Anderere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern
VR47	Allgemein: Tumorembolisation

B-14.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-14.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0
 Teilstationäre Fallzahl: 0

B-14.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-14.7 Prozeduren nach OPS

B-14.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-14.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

3-828 Kernspintomographie (MRT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel 821

8-836.15 Eingriffe an Blutgefäßen mittels Kathetertechnik mit Zugang durch die Haut entlang von Blutgefäßen (z.B. Entfernung von Blutpfropfen, Einlegen von Prothesen/ Stents, Ballonaufdehnung) 50

B-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz des Institutes für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Dr. med. Lothar Boguth

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

Ambulanz des Institutes für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Dr. med. Lothar Boguth

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-14.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-14.11 Personelle Ausstattung

B-14.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	8,42
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,42
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,42
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	3,22
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,22
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,22
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ54	Radiologie

B-14.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Medizinische Fachangestellte	8,51	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,51	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	8,51	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

B-15 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Schlaflabor

B-15.1 Name der Fachabteilung

Name:	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Schlaflabor
Schlüssel:	Allgemeine Psychiatrie (2900)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1565
Telefax:	+49(0)6781/66-1568
E-Mail:	psych@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Dr. med. Ulrich Frey
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt
Telefon:	+49(0)6781/66-1565
E-Mail:	psych@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-15.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-15.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung
VP14	Psychoonkologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP15	Psychiatrische Tagesklinik

B-15.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-15.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.667

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 60

B-15.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	G47	Schlafstörung	472
2	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	294
3	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	140
4	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	138
5	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	88
6	F20	Schizophrenie	87
7	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	72
8	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	65
9	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	42
10	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	41
11	F41	Sonstige Angststörung	38
12	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	37
13	F51	Schlafstörung, die keine körperliche Ursache hat	29
14	R06	Atemstörung	20
15	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	14
16 - 1	F63	Ausgefallene Gewohnheiten bzw. Störung der Selbstbeherrschung	13
16 - 2	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	13
18	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	9

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19 – 1	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	6
19 – 2	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	6
21 – 1	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	5
21 – 2	F42	Zwangsstörung	5
23 – 1	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	4
23 – 2	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)	4
23 – 3	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	4
26 – 1	G30	Alzheimer-Krankheit	< 4
26 – 2	F34	Anhaltende (chronische) Stimmungs- und Gefühlsstörung	< 4
26 – 3	Z46	Bereitstellung und Anpassung sonstiger medizinischer Geräte oder Hilfsmittel	< 4
26 – 4	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	< 4
26 – 5	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4

B-15.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	5.916
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1.412
3	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	1.253
4	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	572
5	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke	509
6	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	393
7	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	313
8	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen	290
9	8-717	Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes	236
10	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen - Elektrokrampftherapie	213

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
11	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	206
12	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	194
13	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	165
14	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	88
15	9-645	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	82
16	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	75
17	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	70
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	53
19	1-791	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes	30
20	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	17
21 - 1	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	14
21 - 2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	14
21 - 3	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	14
21 - 4	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	14
25	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	12
26	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	11
27	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	10
28	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	9
29	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	8
30 - 1	1-795	Messung der Tagesmüdigkeit bzw. Wachbleibtest - MSLT bzw. MWT	6

B-15.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dr. med. Ulrich Frey

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Dr. med. Ulrich Frey

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-15.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-15.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-15.11 Personelle Ausstattung**B-15.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,4
– davon ambulante Versorgungsformen	0,85
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	3,35
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,35
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,75
– davon ambulante Versorgungsformen	0,6

¹ Anzahl der Vollkräfte**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF27	Naturheilverfahren
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF39	Schlafmedizin
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-15.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	38,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	38,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	38,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	2,15	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,15	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,15	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	3,35	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,35	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,75	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,6	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-15.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,8
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,55
– davon ambulante Versorgungsformen	0,25
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,89
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,89
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,89
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 PsychThG)	1,3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Ergotherapeuten	2
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0,27
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,27
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	0,75
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,75
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

B-16 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-16.1 Name der Fachabteilung

Name: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Schlüssel: Kinder- und Jugendpsychiatrie (3000)
 Telefon: +49(0)6781/66-1580
 Telefax: +49(0)6781/66-1576
 E-Mail: kjpp@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Eva Möhler
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefärztin
 Telefon: +49(0)6781/66-1580
 E-Mail: kjpp@io.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

B-16.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-16.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP16	Psychosomatische Tagesklinik
VP00	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/ Schlafmedizin
VP00	Pädiatrische Psychologie

B-16.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-16.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 200

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-16.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	84
2	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	30
3	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	15
4	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	13
5	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	9
6	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	8
7	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	7
8	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	6
9	F41	Sonstige Angststörung	5
10 - 1	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	4
10 - 2	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	4
12 - 1	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	< 4
12 - 2	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	< 4
12 - 3	F20	Schizophrenie	< 4
12 - 4	F28	Sonstige nicht körperlich bedingte psychische Störung, die mit Realitätsverlust und Halluzinationen ähnlich der Psychose einhergeht	< 4
12 - 5	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	< 4
12 - 6	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	< 4
12 - 7	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	< 4
12 - 8	F29	Vom Arzt nicht näher bezeichnete, nicht körperlich bedingte psychische Krankheit, die mit Realitätsverlust und Halluzinationen einhergehen	< 4
12 - 9	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	< 4
12 - 10	F42	Zwangsstörung	< 4

B-16.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	3.333
2	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	2.668
3	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	222
4	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	154
5	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	82
6	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	67
7	9-666	9-666	16
8	9-695	9-695	6
9	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	4
10 - 1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	< 4
10 - 2	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	< 4

B-16.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Prof. Dr. med. Eva Möhler

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-16.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-16.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-16.11 Personelle Ausstattung**B-16.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	4,82
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,22
– davon stationäre Versorgung	4,28
– davon ambulante Versorgungsformen	0,54
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	0,69
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,47
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,22
– davon stationäre Versorgung	0,13
– davon ambulante Versorgungsformen	0,34
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

48 Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (volle Weiterbildung)

B-16.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	10,04	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,04	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	10,04	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	5,33	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,33	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,33	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,77	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,77	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,77	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement

B-16.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,98
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,98
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,98
– davon ambulante Versorgungsformen	0

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	1,13
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,13
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,49
– davon ambulante Versorgungsformen	0,64
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 PsychThG)	3,11
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,11
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,11
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0,08
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,08
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	1,77
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,77
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,02
– davon ambulante Versorgungsformen	0,75

¹ Anzahl der Vollkräfte

B-17 Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

B-17.1 Name der Fachabteilung

Name:	Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Schlüssel:	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (2960)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1565
Telefax:	+49(0)6781/66-1568
E-Mail:	psych@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Dr. med. Ulrich Frey
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt
Telefon:	+49(0)6781/66-1565
E-Mail:	psych@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-17.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-17.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung
VP15	Psychiatrische Tagesklinik

B-17.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-17.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	148
Anzahl Betten:	20

B-17.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-17.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1.816
2	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	172
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	167
4	9-645	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	38
5	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	7
6	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	6
7	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	4
8 - 1	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	< 4
8 - 2	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke	< 4
8 - 3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	< 4
8 - 4	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	< 4
8 - 5	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
8 - 6	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	< 4
8 - 7	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
8 - 8	1-791	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes	< 4

B-17.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Tageklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

B-17.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-17.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-17.11 Personelle Ausstattung**B-17.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	1,15
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,15
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,15
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	0,65
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,65
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,65
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen

B-17.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	2,07	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,07	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,07	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Medizinische Fachangestellte	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP13	Qualitätsmanagement

B-17.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,75
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,75
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 PsychThG)	0,73
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,73
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Ergotherapeuten	1,08
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,08
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,08
– davon ambulante Versorgungsformen	0

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0,3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	0,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,25
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Siehe A-14.3

B-18 Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-18.1 Name der Fachabteilung

Name:	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Schlüssel:	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (3060)
Art:	Hauptabteilung
Telefon:	+49(0)6781/66-1801
Telefax:	+49(0)6781/66-1806
E-Mail:	sekr.kjp@io.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name:	Prof. Dr. med. Eva Möhler
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefärztin
Telefon:	+49(0)6781/66-1801
E-Mail:	sekr.kjp@io.shg-kliniken.de
Straße:	Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
PLZ / Ort:	D-55743 Idar-Oberstein

B-18.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-18.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP16	Psychosomatische Tagesklinik
VP00	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/ Schlafmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP00	Pädiatrische Psychologie

B-18.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-18.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	60
Anzahl Betten:	15

B-18.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-18.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	1.688
2	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	64
3	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	60
4	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	50
5	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	7
6	9-666	9-666	5
7 - 1	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	< 4
7 - 2	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	< 4
7 - 3	8-102	Fremdkörperentfernung aus der Haut ohne operativen Einschnitt	< 4
7 - 4	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	< 4

B-18.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen

Angebote Leistung
Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
Spezialsprechstunde
Psychosomatische Komplexbehandlung
Psychoonkologie
Psychiatrische Tagesklinik
Psychosomatische Tagesklinik

B-18.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-18.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-18.11 Personelle Ausstattung

B-18.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	1,01
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,79
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,22
– davon stationäre Versorgung	0,79
– davon ambulante Versorgungsformen	0

	Anzahl ¹
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	0,51
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,29
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,22
– davon stationäre Versorgung	0,29
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

B-18.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	3,23	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,23	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,23	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,07	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,07	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,07	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement

B-18.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	1,9
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,9
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,9
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 PsychThG)	0,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Ergotherapeuten	0,91
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,91
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,91
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	1,15
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,15
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,15
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

B-19 Klinik für Akutgeriatrie

B-19.1 Name der Fachabteilung

Name: Klinik für Akutgeriatrie
 Schlüssel: Geriatrie (0200)
 Telefon: +49(0)6783/18-130
 Telefax: +49(0)6783/18-132
 E-Mail: geriatrie@bh.shg-kliniken.de

Chefärzte

Name: Dr. med. Hermann Braun Lambur
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
 Telefon: +49(0)6783/18-130
 E-Mail: geriatrie@bh.shg-kliniken.de
 Straße: Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2
 PLZ / Ort: D-55743 Idar-Oberstein

B-19.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Fachabteilung

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

Ja

B-19.3 Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI44	Geriatrische Tagesklinik

B-19.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-19.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 550
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 30

B-19.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	88
2	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	55
3	E86	Flüssigkeitsmangel	44

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
4	I50	Herzschwäche	27
5	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	21
6 – 1	J20	Akute Bronchitis	20
6 – 2	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	20
8	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	17
9	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	15
10 – 1	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	11
10 – 2	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	11
12	S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	9
13	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	8
14	M54	Rückenschmerzen	7
15 – 1	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	6
15 – 2	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	6
15 – 3	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	6
15 – 4	D64	Sonstige Blutarmut	6
15 – 5	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	6
20 – 1	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	5
20 – 2	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	5
20 – 3	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	5
20 – 4	S06	Verletzung des Schädelinneren	5
24 – 1	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	4
24 – 2	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	4
24 – 3	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels	4
24 – 4	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	4
24 – 5	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	4
24 – 6	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	4
24 – 7	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	4

B-19.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	198

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	181
3	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	80
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	40
5	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	16
6	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	12
7 - 1	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	11
7 - 2	1-843	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	11
9	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	10
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	8
11	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	7
12	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	6
13 - 1	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	5
13 - 2	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	5
15 - 1	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	4
15 - 2	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	4
17 - 1	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	< 4
17 - 2	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	< 4
17 - 3	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	< 4
17 - 4	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4
17 - 5	8-158	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in ein Gelenk mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4
17 - 6	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	< 4
17 - 7	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	< 4
17 - 8	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	< 4
17 - 9	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	< 4
17 - 10	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	< 4
17 - 11	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
17 - 12	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	< 4
17 - 13	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17 – 14	1-430	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung	< 4

B-19.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Klinik für Geriatrie – Zentrum für Altersmedizin Dr. med. Hermann Braun Lambur

Art der Ambulanz: Privatambulanz

B-19.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-19.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-19.11 Personelle Ausstattung

B-19.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF09	Geriatric
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-19.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	9,89	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,89	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	9,89	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0,64	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,64	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,64	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	2,45	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,45	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,45	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-19.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Ergotherapeuten	0,69
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,69
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,69
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	3,06
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,06
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,06
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	0,3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte



C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	36	100,00%
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	9	100,00%
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	11	100,00%
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	10	100,00%
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	9	100,00%
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	< 4	
Karotis-Revaskularisation	58	100,00%
Gynäkologische Operationen	109	100,00%
Geburtshilfe	661	99,70%
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	60	100,00%
Mammachirurgie	63	100,00%
Dekubitusprophylaxe	467	100,00%
Hüftendoprothesenversorgung	156	100,00%
- Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	149	100,00%
- Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und Hüftkomponentenwechsel	10	100,00%
Knieendoprothesenversorgung	79	100,00%
- Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	72	100,00%
- Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und Kniekomponentenwechsel	7	100,00%
Neonatologie	159	100,00%
Ambulant erworbene Pneumonie	259	100,00%

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauensbereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Ambulant erworbene Pneumonie: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)				
Qualitätsindikator / OSKH nein / Hinweis 1 (S. 166)	95,1 % 95,01 - 95,18	≥ 90,00 %	94,44 % ↻ 90,54 - 96,79	R10 ↻ 204 /216 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauensbereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Ambulant erworbene Pneumonie: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 166)	96,49 % 96,42 - 96,55	≥ 95,00 %	94,98 % ➡ 91,6 - 97,04	U33 ○ 246 /259 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 166)	98,49 % 98,45 - 98,54	≥ 95,00 %	97,34 % ➡ 94,61 - 98,7	R10 ➡ 256 /263 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 166)	97,25 % 96,91 - 97,56	-	93,33 % 70,18 - 98,81	- 14 /15 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 166)	98,54 % 98,49 - 98,58	-	97,58 % 94,82 - 98,89	- 242 /248 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 166)	93,87 % 93,74 - 93,99	≥ 90,00 %	90,35 % ➡ 83,54 - 94,53	R10 ➡ 103 /114 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 1,58 (95. Perzentil)	1 ○ 0,75 - 1,32	R10 ➡ 40 /263 (39,82)
Ambulant erworbene Pneumonie: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 166)	95,56 % 95,47 - 95,66	≥ 95,00 %	98,35 % ➡ 95,27 - 99,44	R10 ➡ 179 /182 (entf.)
Geburtshilfe: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 5 (S. 167)	97,55 % 97,18 - 97,87	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Geburtshilfe: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 5 (S. 167)	97,17 % 96,96 - 97,37	≥ 90,00 %	100 % ○ 77,19 - 100	R10 ○ 13 /13 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauensbereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe: Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 167)	0,23 % 0,22 - 0,24	-	0,98 % 0,45 - 2,13	- 6 /610 (entf.)
Geburtshilfe: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 5 (S. 167)	0,32 % 0,23 - 0,46	Sentinel-Event	0 % ○ 0 - 24,25	R10 ○ 0 /12 (entf.)
Geburtshilfe: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung ja / Hinweis 5 (S. 167)	99,17 % 99,14 - 99,21	≥ 90,00 %	98,84 % ○ 96,65 - 99,61	R10 ○ 256 /259 (entf.)
Geburtshilfe: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 7 (S. 168)	1,05 1,02 - 1,08	≤ 2,32	2,77 ○ 1,59 - 4,8	H20 ○ 12 /616 (4,33)
Geburtshilfe: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 8 (S. 168)	1,06 0,95 - 1,18	≤ 6,00 (95. Perzentil)	9,12 ○ 2,52 - 30,02	A41 ● entf.
Geburtshilfe: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 9 (S. 169)	1,07 1,01 - 1,12	-	4,35 2 - 9,41	- 6 /610 (1,38)
Geburtshilfe: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 10 (S. 169)	0,98 0,98 - 0,99	≤ 1,23 (90. Perzentil)	1,18 ○ 1,07 - 1,3	R10 ● 259 /658 (219,08)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 11 (S. 169)	20,03 % 19,39 - 20,68	≤ 40,23 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ● entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauensbereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 11 (S. 169)	1,14 % 1,05 - 1,25	Sentinel-Event	0 % ○ entf.	R10 ☞ 0 / 25 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 5 (S. 167)	1,22 % 1,11 - 1,33	≤ 5,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 11 (S. 169)	88,28 % 87,96 - 88,59	≥ 74,04 % (5. Perzentil)	95,45 % ○ 78,2 - 99,19	R10 ☞ 21 / 22 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 11 (S. 169)	2,47 % 2,38 - 2,56	≤ 4,94 % (90. Perzentil)	13,11 % ○ 6,8 - 23,8	U32 ☞ 8 / 61 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 12 (S. 170)	1,1 1,03 - 1,17	≤ 4,18	0 ○ 0 - 9,71	R10 ○ 0 / 61 (0,37)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 166)	11,97 % 11,05 - 12,96	-	entf. entf.	- entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 166)	12,24 % 11,01 - 13,58	-	entf. entf.	- entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 5 (S. 167)	7,64 % 7,23 - 8,07	≤ 20,00 %	0 % ○ 0 - 43,45	R10 ○ 0 / 5 (entf.)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 13 (S. 170)	98,12 % 98,02 - 98,22	≥ 95,00 %	83,33 % ☞ 69,4 - 91,68	A41 ☞ 35 / 42 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Herzschrittmacher-Implantation: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 166)	89,25 % 89,04 - 89,45	≥ 60,00 %	63,04 % ➡ 48,6 - 75,48	R10 ➡ 29 /46 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Leitlinienkonforme Systemwahl				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 14 (S. 170)	98,55 % 98,46 - 98,64	≥ 90,00 %	94,44 % ➡ 81,86 - 98,46	R10 ➡ 34 /36 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 15 (S. 171)	95,74 % 95,66 - 95,81	≥ 90,00 %	95,07 % ➡ 90,17 - 97,59	R10 ➡ 135 /142 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Sondendislokation oder -dysfunktion				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	1,44 % 1,36 - 1,53	≤ 3,00 %	entf. ➡ entf.	R10 ➡ entf.
Herzschrittmacher-Implantation: Systeme 1. Wahl				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 17 (S. 171)	96,85 % 96,72 - 96,98	-	94,44 % 81,86 - 98,46	- 34 /36 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Systeme 2. Wahl				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 18 (S. 171)	0,13 % 0,11 - 0,16	-	0 % 0 - 9,64	- 0 /36 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Systeme 3. Wahl				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 19 (S. 172)	1,57 % 1,48 - 1,66	≤ 10,00 %	0 % ➡ 0 - 9,64	R10 ➡ 0 /36 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres				
Qualitätsindikator / QSKH ja / Hinweis 20 (S. 172)	1,06 0,93 - 1,19	≤ 5,88 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 17,18	R10 ➡ 0 /57 (0,21)
Herzschrittmacher-Implantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 20 (S. 172)	1,02 0,98 - 1,05	≤ 2,67 (95. Perzentil)	1,55 ○ 0,48 - 3,59	R10 ➡ 4 /57 (2,59)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauensbereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Herzschrittmacher-Implantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	1,1 1,04 - 1,17	≤ 4,02 (95. Perzentil)	4,9 ○ 1,36 - 16,05	U32 ➡ entf.
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	1,08 % 0,87 - 1,34	≤ 3,00 %	0 % ➡ 0 - 35,43	R10 ➡ 0 / 7 (entf.)
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	0,97 0,84 - 1,11	≤ 5,03 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 34,41	R10 ➡ 0 / 11 (0,08)
Hüftendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 21 (S. 172)	1,51 % 1,46 - 1,57	≤ 5,72 % (95. Perzentil)	6,9 % ○ 3,2 - 14,24	H20 ○ 6 / 87 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 22 (S. 173)	6,18 % 5,84 - 6,54	≤ 15,15 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 35,43	R10 ➡ 0 / 7 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Beweglichkeit bei Entlassung				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 23 (S. 173)	98,1 % 98,03 - 98,16	-	100 % 95,77 - 100	- 87 / 87 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 24 (S. 173)	92,36 % 91,99 - 92,72	≥ 86,00 %	90 % ○ 59,58 - 98,21	R10 ○ 9 / 10 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	97,13 % 97,05 - 97,2	≥ 90,00 %	97,7 % ○ 92 - 99,37	R10 ⚡ 85 / 87 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	13,75 % 13,48 - 14,03	≤ 15,00 %	19,35 % ○ 11,43 - 30,85	H20 ○ 12 / 62 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Hüftendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 21 (S. 172)	2,35 % 2,28 - 2,42	≤ 7,50 % (95. Perzentil)	6,9 % ○ 3,2 - 14,24	R10 ⇄ 6 / 87 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 21 (S. 172)	4,62 % 4,45 - 4,79	≤ 11,41 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 5,83	R10 ⇄ 0 / 62 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Sturzprophylaxe				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	95,81 % 95,72 - 95,9	≥ 85,00 %	92,74 % ○ 86,78 - 96,13	R10 ⇄ 115 / 124 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 26 (S. 174)	0,21 % 0,19 - 0,23	Sentinel-Event	0 % ○ entf.	R10 ⇄ 0 / 104 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 27 (S. 174)	1,1 1,06 - 1,14	≤ 3,12 (95. Perzentil)	3,31 ○ 1,31 - 6,7	U32 ⇄ 6 / 120 (1,81)
Hüftendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	1 0,98 - 1,02	≤ 2,40 (95. Perzentil)	1,22 ○ 0,67 - 2,15	R10 ⇄ 10 / 128 (8,21)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	14,12 % 13,85 - 14,4	≤ 15,00 %	25 % ○ 15,78 - 37,23	D50 ○ 15 / 60 (entf.)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	1,27 % 1,18 - 1,36	≤ 4,50 % (95. Perzentil)	entf. ⇄ entf.	R10 ⇄ entf.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Sturzprophylaxe				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	95,34 % 95,16 - 95,52	≥ 85,00 %	74,55 % ○ 61,7 - 84,19	D50 ⚡ 41 / 55 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauensbereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 28 (S. 174)	0,98 0,96 - 1,01	≤ 2,17 (95. Perzentil)	0,46 🡞 0,16 - 1,27	R10 🡞 entf.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	1,03 1,01 - 1,05	≤ 2,24 (95. Perzentil)	1,9 ○ 1,14 - 2,87	R10 🡞 12 /40 (6,33)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	1,03 1 - 1,07	≤ 2,07 (90. Perzentil)	2,07 ○ 1,07 - 3,75	R10 🡞 8 /60 (3,86)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	0,91 0,83 - 0,99	≤ 4,28 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 7,15	R10 🡞 0 /60 (0,51)
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 29 (S. 175)	98,69 % 98,6 - 98,78	≥ 95,00 %	91,67 % 🡞 78,17 - 97,13	H20 ○ 33 /36 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 166)	91,7 % 91,4 - 92	≥ 60,00 %	57,89 % 🡞 36,28 - 76,86	H20 ○ 11 /19 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation: Leitlinienkonforme Indikation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 30 (S. 175)	92,1 % 91,75 - 92,43	≥ 90,00 %	100 % ○ 72,25 - 100	R10 🡞 10 /10 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation: Leitlinienkonforme Systemwahl				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	96,52 % 96,28 - 96,75	≥ 90,00 %	90 % ○ 59,58 - 98,21	R10 🡞 9 /10 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 31 (S. 175)	96,27 % 96,13 - 96,4	≥ 90,00 %	96,88 % 🡞 84,26 - 99,45	R10 🡞 31 /32 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation: Sondendislokation oder -dysfunktion				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	0,82 % 0,71 - 0,94	≤ 3,00 %	0 % ☞ 0 - 27,75	R10 ☞ 0 /10 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	0,94 0,81 - 1,1	≤ 6,75 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 72,08	R10 ☞ 0 /10 (0,04)
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	0,5 % 0,35 - 0,71	≤ 3,00 %	entf. ☞ entf.	R10 ☞ entf.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	3,38 % 3,2 - 3,58	≤ 8,69 % (95. Perzentil)	0 % ☞ 0 - 16,82	R10 ☞ 0 /19 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff				
Qualitätsindikator / QSKH ja / Hinweis 16 (S. 171)	0,54 % 0,47 - 0,63	≤ 2,44 % (95. Perzentil)	0 % ☞ 0 - 16,82	R10 ○ 0 /19 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	3,16 % 2,98 - 3,35	≤ 6,00 %	entf. ☞ entf.	H20 ○ entf.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	1,29 1,12 - 1,49	≤ 5,70 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 86,5	R10 ☞ entf.
Karotis-Revaskularisation: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	98,51 % 98,02 - 98,88	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Karotis-Revaskularisation: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	98,96 % 98,78 - 99,11	≥ 95,00 %	94,74 % ○ 75,36 - 99,06	H20 ○ 18 /19 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauensbereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Kardio-Revaskularisation: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	99,51 % 99,12 - 99,72	≥ 95,00 %	entf. entf.	N01 ○ entf.
Kardio-Revaskularisation: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	99,8 % 99,68 - 99,87	≥ 95,00 %	100 % ○ 89,85 - 100	R10 ☞ 34 /34 (entf.)
Kardio-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – - kathetergestützt				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 23 (S. 173)	1,71 % 1,28 - 2,29	-	entf. entf.	- entf.
Kardio-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen- chirurgisch				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 23 (S. 173)	1,23 % 1,05 - 1,44	-	0 % 0 - 17,59	- 0 /18 (entf.)
Kardio-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – - kathetergestützt				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 23 (S. 173)	1,95 % 1,03 - 3,67	-	entf. entf.	- entf.
Kardio-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen- chirurgisch				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 23 (S. 173)	2,74 % 2,08 - 3,59	-	entf. entf.	- entf.
Kardio-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 21 (S. 172)	6,6 % 3,9 - 10,96	Sentinel-Event	entf. entf.	N01 ○ entf.
Kardio-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 23 (S. 173)	3,69 % 2,98 - 4,55	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Karotis-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 23 (S. 173)	3,03 % 2,7 - 3,4	-	entf. entf.	- entf.
Karotis-Revaskularisation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	1 0,89 - 1,12	≤ 3,03 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 29,98	R10 ○ entf.
Karotis-Revaskularisation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen- chirurgisch				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	1 0,92 - 1,08	≤ 2,99 (95. Perzentil)	2,79 ○ 1,1 - 6,62	R10 ☹ 4 /56 (1,44)
Karotis-Revaskularisation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 32 (S. 176)	1 0,87 - 1,15	-	0 0 - 82,29	- entf.
Karotis-Revaskularisation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen – offen chirurgisch				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 32 (S. 176)	1 0,9 - 1,11	-	3,58 1,23 - 9,75	- entf.
Knieendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	1,4 % 1,35 - 1,46	≤ 5,00 % (95. Perzentil)	entf. ☹ entf.	R10 ☹ entf.
Knieendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 22 (S. 173)	3,24 % 2,95 - 3,55	≤ 10,37 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 35,43	R10 ☹ 0 /7 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Beweglichkeit bei Entlassung				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 33 (S. 176)	92,92 % 92,79 - 93,04	-	81,94 % 71,52 - 89,13	- 59 /72 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 24 (S. 173)	93,31 % 92,87 - 93,72	≥ 86,00 %	100 % ○ 64,57 - 100	R10 ☹ 7 /7 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Knieendoprothesenversorgung: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 166)	97,82 % 97,75 - 97,9	≥ 90,00 %	98,18 % ➔ 90,39 - 99,68	R10 ➔ 54 / 55 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 166)	96,43 % 96,17 - 96,68	≥ 90,00 %	93,75 % ➔ 71,67 - 98,89	R10 ➔ 15 / 16 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 34 (S. 176)	99,79 % 99,76 - 99,81	≥ 98,54 % (5. Perzentil)	100 % ➔ 96,41 - 100	R10 ➔ 82 / 82 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	1,05 % 1 - 1,1	≤ 3,89 % (95. Perzentil)	0 % ➔ 0 - 5,07	R10 ➔ 0 / 72 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 22 (S. 173)	4,59 % 4,25 - 4,96	≤ 13,33 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	H20 ○ entf.
Knieendoprothesenversorgung: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 21 (S. 172)	0,04 % 0,03 - 0,05	Sentinel-Event	0 % ○ entf.	R10 ➔ 0 / 65 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 167)	0,89 0,83 - 0,95	≤ 3,79 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 8,73	R10 ➔ 0 / 74 (0,42)
Mammachirurgie: HER2-Positivitätsrate				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 35 (S. 176)	13,12 % 12,86 - 13,38	Nicht definiert	13,33 % ○ 5,31 - 29,68	N02 ○ 4 / 30 (entf.)
Mammachirurgie: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 11 (S. 169)	96,44 % 96,23 - 96,63	≥ 90,00 %	100 % ○ 74,12 - 100	R10 ➔ 11 / 11 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Mammachirurgie: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 5 (S. 167)	99,27 % 99,14 - 99,38	≥ 95,00 %	100 % ○ 67,56 - 100	R10 ○ 8 / 8 (entf.)
Mammachirurgie: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 5 (S. 167)	97,94 % 97,76 - 98,1	≥ 95,00 %	entf. entf.	N01 ○ entf.
Mammachirurgie: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 173)	6,03 % 5,42 - 6,71	≤ 8,20 % (80. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Mammachirurgie: Primäre Axilladisektion bei DCIS				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 5 (S. 167)	0,09 % 0,04 - 0,19	Sentinel-Event	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Mammachirurgie: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 11 (S. 169)	97,46 % 97,34 - 97,57	≥ 90,00 %	90,91 % ○ 76,43 - 96,86	R10 ☺ 30 / 33 (entf.)
Mammachirurgie: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 36 (S. 177)	4,01 % 3,85 - 4,17	≤ 16,36 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ☺ entf.
Neonatologie: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 37 (S. 177)	5,54 % 5,07 - 6,07	-	0 % 0 - 48,99	- 0 / 4 (entf.)
Neonatologie: Durchführung eines Hörtests				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 38 (S. 177)	97,86 % 97,77 - 97,95	≥ 95,00 %	99,34 % ○ 96,37 - 99,88	R10 ☺ 151 / 152 (entf.)
Neonatologie: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 37 (S. 177)	3,44 % 3,03 - 3,91	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauensbereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Neonatologie: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 37 (S. 177)	3,33 % 3 - 3,68	-	0 % 0 - 43,45	- 0 / 5 (entf.)
Neonatologie: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 39 (S. 177)	2,16 % 1,91 - 2,43	-	0 % 0 - 29,91	- 0 / 9 (entf.)
Neonatologie: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 40 (S. 178)	0,93 0,88 - 0,98	≤ 1,91 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 8,87	R10 ☞ 0 / 9 (0,30)
Neonatologie: Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 41 (S. 178)	0,34 % 0,31 - 0,38	Sentinel-Event	0 % ○ entf.	R10 ☞ 0 / 148 (entf.)
Neonatologie: Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 37 (S. 177)	3,95 % 3,6 - 4,34	-	0 % 0 - 43,45	- 0 / 5 (entf.)
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 42 (S. 179)	0,95 0,87 - 1,04	-	0 0 - 38,07	- 0 / 4 (0,05)
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 42 (S. 179)	0,98 0,89 - 1,09	-	0 0 - 28,54	- 0 / 5 (0,08)
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 42 (S. 179)	0,92 0,81 - 1,05	-	0 0 - 210,72	- entf.
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)				
Qualitätsindikator / QSKH ja / Hinweis 43 (S. 179)	0,92 0,87 - 0,97	≤ 2,79 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 5,1	R10 ☞ 0 / 147 (0,73)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 44 (S. 180)	0,9 0,8 - 1,02	-	0 0 - 21,2	- 0 / 9 (0,13)
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 43 (S. 179)	0,92 0,87 - 0,98	≤ 2,54 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 5,86	R10 ☞ 0 / 19 (0,55)
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 43 (S. 179)	0,95 0,92 - 0,98	≤ 2,04 (95. Perzentil)	1,19 ○ 0,55 - 2,51	R10 ☞ 6 / 147 (5,05)
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 45 (S. 180)	0,97 0,9 - 1,05	≤ 2,52 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 8,94	R10 ☞ 0 / 9 (0,30)
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 42 (S. 179)	0,92 0,84 - 1,01	-	0 0 - 28,4	- 0 / 5 (0,08)
Neonatologie: Zunahme des Kopfumfangs				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 41 (S. 178)	10,05 % 9,58 - 10,53	≤ 21,74 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 32,44	R10 ☞ 0 / 8 (entf.)
Pflege: Dekubitusprophylaxe: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 171)	0,01 % 0,01 - 0,01	Sentinel-Event	entf. ○ entf.	S91 ○ entf.
Pflege: Dekubitusprophylaxe: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/ Kategorie 1)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 46 (S. 181)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 2,31 (95. Perzentil)	2,28 ○ entf.	R10 ☞ 124 / 18.403 (54,45)

¹ Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

² Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

³ Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

⁴ KH Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.

⬆ = verbessert; ➡ = unverändert; ⬇ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁵ Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich;

U33 = Bewertung nach Strukturierem Dialog / Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme);

N02 = Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert;

H20 = Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit;

A41 = Bewertung nach Strukturierem Dialog / Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel;

U32 = Bewertung nach Strukturierem Dialog / Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle;

N01 = Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;

D50 = Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation;

S91 = Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen.

⬆ = verbessert; ➡ = unverändert; ⬇ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁶ Beob.: Beobachtete Ereignisse. Ges.: Grundgesamtheit/Fallzahl. Erw.: Erwartete (berechnete) Ereignisse.

Die Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn Beob. oder Ges. zwischen 1 und einschließlich 3 liegt.

Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 1	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
Hinweis 2	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Hinweis 3	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf .

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 4	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 5	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 6	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 7	<p>In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 8	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 9	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren.</p>
Hinweis 10	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 11	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 12	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 13	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Hinweis 14	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 15	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Hinweis 16	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
Hinweis 17	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
Hinweis 18	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 19	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
Hinweis 20	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Hinweis 21	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 22	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Hinweis 23	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Hinweis 24	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Hinweis 25	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 26	<p>Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 27	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Hinweis 28	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 29	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebezug besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Hinweis 30	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.</p>
Hinweis 31	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebezug besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 32	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 33	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
Hinweis 34	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Hinweis 35	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturiertes Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 36	<p>Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 37	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Hinweis 38	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 39	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 40	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. [Anonym] (2008): Incorrect Data Analysis in: Association of Preterm Birth with Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth [Corrections; JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429]. JAMA – Journal of the American Medical Association 300(2): 170-171. DOI: 10.1001/jama.300.2.170-c. Dimick, JB; Welch, H; Birkmeyer, JD (2004): Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. The Problem With Small Sample Size. JAMA – Journal of the American Medical Association 292(7): 847-851. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth. JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.</p>
Hinweis 41	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 42	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Hinweis 43	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 44	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Hinweis 45	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 46	<p>diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann.</p> <p>Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

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

Über §§ 136a und 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich
Schlaganfall

Neonatalerhebung

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

Leistungsbereich	Kommentar / Erläuterung
Diabetes mellitus Typ 1	AOK Rheinland-Pfalz
Diabetes mellitus Typ 2	AOK Rheinland-Pfalz
Brustkrebs	KGRP-AEV-BKK-IKK-Knappschaft-VdAK
Koronare Herzkrankheit (KHK)	BKK-IKK-LKK
Modul Chronische Herzinsuffizienz (bei KHK)	AOK Rheinland-Pfalz

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmeregelung
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	21	Keine Ausnahme
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	73	Keine Ausnahme
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14		Notfälle, keine planbaren Leistungen

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

Leistungsbereich	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2018)	Leistungsmenge Quartal 3-4 & 1-2 ¹
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	21	18
Kniegelenk-Totalendoprothesen	73	55

¹ In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose):

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhasträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) erteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

C-5.2.6 Übergangsregelung

Der Krankenhasträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
CQ07	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinataler Schwerpunkt

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

		Anzahl ²
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	80
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	80
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	80

¹ 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)

² Anzahl der Personen



D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätspolitik in der SHG-Gruppe

Die Qualitätspolitik der Klinikum Idar-Oberstein GmbH leitet sich von den Unternehmensgrundsätzen der SHG-Gruppe ab, die für alle Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen gelten. Sie verbinden den Anspruch der SHG-Gruppe, alle Patienten und Rehabilitanden fachkompetent, entsprechend dem Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse, zu behandeln und gleichzeitig die vorhandenen Ressourcen verantwortungsbewusst und gezielt einzusetzen, um im Wettbewerb erfolgreich zu bestehen. Zur Unterstützung unserer Bemühungen um Qualität und die Identifikation von Verbesserungen im Sinne der Weiterentwicklung haben wir konzernweit mit allen Führungskräfte das europäische Qualitätsmanagement-System EFQM (European Foundation for Quality Management) eingeführt (2002). Seit 2004 orientieren wir uns auch am krankenhausspezifischen Zertifizierungssystem der KTQ - Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen.

Von der Patientenaufnahme bis zur -entlassung werden alle während einer Behandlung erforderlichen direkten, patientennahen und die indirekten, die Behandlung unterstützenden Prozesse berücksichtigt sowie die Zufriedenheit von Patienten, Einweisern, Mitarbeitern und die Behandlungsergebnisse geprüft. Im Rahmen des seit 2004 eingeführten klinischen Risikomanagements werden potentielle Risiken für die Patientensicherheit systematisch erfasst und vorbeugende Maßnahmen ergriffen.

Gemäß dem Leitsatz unseres Unternehmens "**Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit**" stehen der Patient als Mensch, seine bestmögliche Behandlung und Betreuung im Mittelpunkt unseres Handelns. Der Leitsatz ist ein Kernelement der zehn Unternehmensgrundsätze der SHG-Gruppe:

1. Wir sind ein Dienstleistungsunternehmen

Wir definieren uns als ein Unternehmen, das sich durch ein persönliches und verantwortungsbewusstes Verhältnis zu den Patienten und Rehabilitanden auszeichnet, zugleich aber auch wirtschaftlich denkt und handelt. Wir wollen, dass wir in unserer Region als leistungsstarke Klinikgruppe anerkannt werden.

2. Unser Unternehmensgrundsatz lautet: „Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit“

Das heißt: Im Mittelpunkt all unserer Bemühungen stehen unsere Patienten und Rehabilitanden. Wir sind Dienstleister, sie sind unsere "Kunden". Fachkompetente Maßnahmen und menschliche Zuwendung richten sich aus an den Problemen und Bedürfnissen unserer Patienten und Rehabilitanden.

3. Engagierte MitarbeiterInnen sind unser größtes Kapital

Engagierte, verantwortungsbewusste und zum mitmenschlichen Umgang fähige und gewillte MitarbeiterInnen sind die Grundlage für unseren Unternehmenserfolg. Wir achten unsere MitarbeiterInnen und sind uns unserer sozialen Verpflichtung bewusst.

4. Fachkompetenz ist unverzichtbar

Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung haben einen hohen Stellenwert und sind ständige Aufgabe des Trägers. Fachkompetenz immer wieder aufzufrischen ist die selbstverständliche Aufgabe der MitarbeiterInnen.

5. Es kommt auf jeden an

In unseren arbeitsteiligen und spezialisierten Kliniken sind Kompetenz, Verantwortungsbewusstsein und Engagement jedes Einzelnen notwendig, um den Betriebserfolg zu erzielen. Deshalb hat Zusammenarbeit in einem offenen und fairen Umgang miteinander eine hohe Bedeutung. Unser Verhalten ist stets sach- und lösungsorientiert. Das Unternehmensziel gilt nicht nur mit Blick auf diejenigen, für die wir arbeiten, sondern auch für die, mit denen wir arbeiten.

6. Wir praktizieren eine kooperative Führung

Überzeugen durch vorbildliches Handeln ist die Grundlage jeder Führung. Dabei setzen wir auf kooperative Führung, weil dies Delegation erfordert und dadurch die Eigenverantwortung der MitarbeiterInnen gestärkt wird.

7. Wir sind verlässlicher Partner

Wir erbringen Leistungen für Andere, andere erbringen Leistungen für uns. Zu unseren Partnern pflegen wir eine zuverlässige Zusammenarbeit. Dies gilt für Patienten und Rehabilitanden und deren Angehörige ebenso wie für die Kostenträger, Behörden, niedergelassene Ärzte und Unternehmen.

8. Wir sind gut – aber wir wollen noch besser werden

Wir sind aufgeschlossen gegenüber sachdienlichen neuen Trends und Veränderungen. Wir setzen für unsere Standards hohe Maßstäbe und streben nach kontinuierlicher Verbesserung. Schwachstellen müssen beseitigt werden.

9. Wir stellen uns dem Gebot der Wirtschaftlichkeit

Wir sind kein Wirtschaftsunternehmen; dennoch müssen wir wirtschaftlich handeln und positive Betriebsergebnisse erzielen. Nur dadurch können wir die Arbeitsplätze sichern. Dabei kann es im Spannungsfeld zwischen Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit zu Konflikten kommen. Wir bejahen die Notwendigkeit, mit dem Geld anderer Leute so sorgsam wie möglich umzugehen.

10. Unternehmensgrundsätze wollen gelebt sein

Die Bereitschaft unserer MitarbeiterInnen zur Identifikation mit diesen Grundsätzen und zu deren Umsetzung und Weiterentwicklung ist wesentlicher Garant für den gemeinsamen Erfolg.

Leitbild der Klinikum Idar-Oberstein GmbH

Das Leitbild der Klinikum Idar-Oberstein GmbH ergänzt seit 2008 die konzernweiten Unternehmensgrundsätze und berücksichtigt die Besonderheiten unserer Kliniken mit den speziellen, auf unsere Patienten ausgerichteten Behandlungs- und Betreuungsangeboten.

Unser Klinikum ist der größte Gesundheitsdienstleister in der Region zwischen Trier, Koblenz, Kaiserslautern und Saarbrücken und Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Im Versorgungsgebiet Rheinhessen-Nahe sind wir seit dem 19. Jahrhundert ein wohnortnahes Zentrum für Gesundheitsdienstleistungen.

Gerüstet für alle Fälle: Unser Leistungsangebot

Gesundheit und Krankheit sind existenzielle Formen des menschlichen Daseins. Wir bieten fachkompetente Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik und Therapie bis hin zur Rehabilitation und Nachsorge an. Grundlage dafür ist der jeweils aktuelle Stand wissenschaftlicher und technischer Erkenntnisse, immer unter der Berücksichtigung der Zufriedenheit und Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern.

Denken, Fühlen, Handeln:

Im Mittelpunkt steht das Wohl des Menschen. Respekt und Einfühlbarkeit gegenüber jedem Menschen bilden die Grundlage unseres ganzheitlich orientierten Handelns. Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten, Schwangeren und Rehabilitanden sowie deren soziales Umfeld werden in die Behandlung einbezogen.

Wer andere stark macht, wird selber stark: Unser Führungsstil und die Bedeutung der Mitarbeiter

Wir praktizieren einen kooperativen Führungsstil: Gespräche und Abstimmung zwischen Führungskräften und Mitarbeitern spielen dabei eine zentrale Rolle für die Leistungsfähigkeit und den Erfolg unseres Klinikums.

Wer viel lernt, kann viel erreichen: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Mit einem breiten Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten leisten wir einen wichtigen Beitrag, um für unsere qualifizierten MitarbeiterInnen Arbeitsplätze für morgen zu sichern. Als großer Arbeitgeber tragen wir dazu bei, die Region anziehend und lebenswert zu gestalten.

Respekt: Umgang mit Partnern und Öffentlichkeit

Der respektvolle Umgang miteinander gilt ebenso für unsere Kooperationspartner wie für die Öffentlichkeit.

Heute und Morgen: Prinzip der Nachhaltigkeit

Das bedeutet für uns, dass wir bei der Entwicklung unseres Hauses die Folgen für die heutigen und kommenden Generationen berücksichtigen. Beispielhaft sind der schonende Umgang mit der Natur und das Wirken unseres Klinikums in der Region zu nennen.

Das Segel und nicht der Wind bestimmt die Richtung: Wir stellen uns unseren Herausforderungen

Ohne die wechselnden Kräfte des Marktes zu ignorieren, behalten wir die Ängste und Nöte der Menschen im Auge und bieten ihnen unsere kompetente Hilfe an.

D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele der SHG-Kliniken wurden durch die Führungskräfte auf Ebene der Kliniken und des Konzerns festgelegt. Sie umfassen

- Festlegung der Strategieausrichtung der gesamten SHG-Gruppe sowie der einzelnen SHG-Kliniken,
- Ausbau und Weiterentwicklung von Zentren und Schwerpunkten,
- Ausbau der Angebote in prä- und poststationären Bereichen,
- kontinuierliche Überprüfung und Steigerung der Zufriedenheit von Patienten und Einweisern,
- kontinuierliche Überprüfung und Steigerung der Mitarbeiterorientierung und der Mitarbeiterzufriedenheit,
- Nutzung der Synergieeffekte und der Fachkompetenz innerhalb der SHG-Gruppe,
- Prozess-Reorganisation mit Fokus auf eine patientenorientierte Behandlung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen,
- Fortschrittskontrolle durch regelmäßige Selbstbewertungen (z.B. nach KTQ), Erstellung von Qualitätsberichten sowie durch Fremdbewertungen im Rahmen diverser Zertifizierungsmaßnahmen (DIN ISO, KTQ, Qualitätssiegel Rheinland-Pfalz, etc.).
- Fortschrittskontrolle und Weiterentwicklung der vorhandenen Kennzahlensysteme mit definierten Zielen und Maßnahmen auf Ebene der SHG-Gruppe und der einzelnen Einrichtungen.

Entsprechend den Unternehmensgrundsätzen und dem Leitbild steht der Patient mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt aller Maßnahmen. Davon abgeleitet werden Ziele für das Klinikum und die einzelnen Bereiche durch Direktorium und Führungskräfte definiert. Die Kommunikation der Qualitätsziele erfolgt über Besprechungen, Intranet und Mitarbeiterfördergespräche.

Für eine breite Öffentlichkeit relevante Ziele werden auch extern über Patientenzeitschriften und die regionale Presse kommuniziert. Am Jahresende prüft die Qualitätsmanagementsteuergruppe die Umsetzung der Qualitätsziele.

Mitarbeiterbezogene Ziele werden auf die Ebene des Einzelnen durch individuelle Zielvereinbarungen im Rahmen der Mitarbeitergespräche festgelegt. Hierbei vereinbaren Führungskräfte und ihre Mitarbeiter Jahresziele und Maßnahmen, deren Umsetzung im Folgejahr evaluiert wird.

Die kontinuierliche Erfassung der Zufriedenheit von Patienten erfolgt über Patientenbefragungen. Seit dem Jahr 2003 werden regelmäßig umfassende Patientenbefragungen mit dem Picker-Institut durchgeführt. Um die Zufriedenheit der Patienten in den ermittelten Verbesserungsbereichen zu erhöhen, wurden Verbesserungsprojekte gestartet und Maßnahmen umgesetzt.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Hausinterne Organisation

Das Lenkungsgremium auf Klinikumsebene ist die QM-Steuergruppe. Sie besteht aus Direktorium, dem Betriebsrat und dem Qualitätsmanagementbeauftragten. Sie beschließt die jährlichen Qualitätsziele, sichert deren Umsetzung (hausinternes Projektcontrolling) und sorgt für die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Die Projekte werden von verschiedenen Mitarbeitern des Klinikums geleitet. Projektgruppen bestehen maximal aus acht Personen und einem Projektleiter. Sie sind entsprechend den Erfordernissen des Projektes (Fachwissen und Erfahrung) mit Mitarbeitern aus unterschiedlichen Bereichen und Abteilungen interdisziplinär besetzt. Ergänzend finden regelmäßig Qualitätszirkel statt, diese sind interdisziplinär besetzt und bearbeiten qualitätsrelevante Themenstellungen.

Das Qualitätsmanagement führt regelmäßig interne Audits durch. Der Kreis der internen Auditoren besteht aus geschulten Ansprechpartnern aus Ärzteschaft, Pflege und Verwaltung. Das medizinische Risikomanagement wird von einem interdisziplinären, geschulten Auswertungsteam der beteiligten Fachabteilungen betreut. Es besteht aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ärztlichen und pflegerischen Dienstes sowie weiteren patientennahen Berufsgruppen der Fachabteilungen.

Organisation auf Konzernebene

Die Koordination von zentralen Maßnahmen und Projekten erfolgen über eine konzernweite Organisation mit regelmäßigen zentralen Projektleitertreffen aller Einrichtungen.

Die grundsätzlichen Weichenstellungen für die QM-Weiterentwicklung erfolgen auf Konzernebene. Das Ziel der zentralen Projektleitertreffen besteht im hausübergreifenden Projektcontrolling, der Koordination zentraler Projekte, der Identifikation von nutzbaren Synergien sowie im gegenseitigen Informationsaustausch und weiteren QM-Entwicklung.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im Klinikum Idar-Oberstein werden verschiedene Instrumente des Qualitätsmanagements angewendet, um die Bedürfnisse der wichtigsten Anspruchsgruppen transparent zu machen und die Qualität des Hauses permanent zu optimieren. Unsere wichtigsten Anspruchsgruppen sind die Patienten selbst, deren Angehörige, Einweiser, die Rettungsdienstorganisationen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums.

Patientenbefragung

Die Bewertung der Patientenversorgung wird im Klinikum Idar-Oberstein durch die Patienten selbst vorgenommen. Das zentrale Modul ist die systematische und unabhängige Befragung der stationären Patienten. Im Jahr 2018 wurden die Patienten mit speziellen Fragebögen über ihren Aufenthalt in unserem Haus befragt. Die zurückgemeldeten Ergebnisse zeigen Stärken und Verbesserungspotentiale in der Versorgungsqualität auf. Auf dieser Grundlage werden Projekte durchgeführt. Im direkten Vergleich mit anderen Einrichtungen auf Bundesebene ist es uns möglich, unsere Position zu bestimmen. Erstmals wurde diese Befragung im Jahr 2003 durchgeführt. Durch wiederholte Befragungen lässt sich die Entwicklung der Patientenzufriedenheit beurteilen und die Wirkungen der Veränderungsmaßnahmen überprüfen. Zusätzlich zu dieser umfangreichen Befragung besteht für die Patienten die Möglichkeit, im Rahmen kontinuierlicher Patientenbefragungen den Krankenhausaufenthalt zu beurteilen. Den Fragebogen erhält der Patient bereits bei der stationären Aufnahme.

Mitarbeiterbefragung

Der Erfolg des Klinikums ist eng verbunden mit der Motivation und der Zufriedenheit der Mitarbeiter. Mit Hilfe der Mitarbeiterbefragung nutzt das Klinikum Idar-Oberstein die Möglichkeit, die Mitarbeiter in die Unternehmensprozesse

einzubinden. Die Arbeitszufriedenheit und Qualität der Patientenversorgung wird auf diesem Weg regelmäßig aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beurteilt.

Einweiserbefragung

Die niedergelassenen Ärzte sind wichtige Kooperationspartner unseres Hauses. Deshalb erfragt das Klinikum regelmäßig die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte. Von besonderem Interesse sind die Leistungsfähigkeit der Fachabteilungen, der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit mit dem Klinikum.

Rettungsdienstbefragung

Die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rettungsdienste wurde mit einem Fragebogen ermittelt. Folgende Themen wurden beurteilt: Ausschilderung auf der Anfahrt zum Klinikum, Beschilderung im Klinikum, Empfang des Rettungsdienstes, Patientenunterlagen, Vorbereitung des Patienten auf eine Entlassung, Wunsch nach fachlicher Fortbildung.

Ideen- und Beschwerdenmanagement

Patienten, Angehörige und Mitarbeiter bringen sich über das Ideen- und Beschwerdenmanagement direkt in den Qualitätsverbesserungsprozess ein. Hierbei werden Verbesserungsvorschläge und Kritik systematisch aufgegriffen und bearbeitet. Über dieses Instrument besteht die direkte Möglichkeit uns eine Rückmeldung zu geben. Mit dem Ideen- und Beschwerdenmanagement werden verschiedene Ziele verfolgt:

1. Steigerung der Servicequalität, indem Anliegen von Patienten oder Mitarbeitern zügig gelöst werden
2. Verbesserung der Kundenzufriedenheit
3. Vermeidung und Reduzierung von Fehler-, Folge- und Beschwerdekosten
4. Nutzung von Beschwerden zur weiteren Reduktion von möglichen Risiken und Wahrnehmung von Chancen im Gesundheitsmarkt
5. Aufgreifen von Ideen zur Steigerung der Attraktivität des Klinikums für Patienten und Beschäftigte

Die Kommission des Ideen- und Beschwerdenmanagements besteht aus Vertretern des Direktoriums und des Betriebsrates. Koordiniert wird die Arbeit der Ideen- und Beschwerdekommision durch das Sekretariat des Verwaltungsdirektors als zentrale Stelle.

Qualitätsmanagementaudits

Ein wesentliches Instrument des Qualitätsmanagements sind die regelmäßigen Qualitätsaudits. Diese Begehungen durch eigene, qualifizierte Mitarbeiter des Klinikums, KollegInnen der anderen SHG-Kliniken oder externe Zertifizierungsstellen sichern die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in allen Bereichen. In den Audits werden Aspekte des Qualitäts- und Risikomanagements geprüft, die für den Ablauf der Behandlung wichtig sind. Insgesamt wurden bisher auf allen Stationen und in Therapieabteilungen Audits zur kontinuierlichen Weiterentwicklung durchgeführt.

Risikomanagement

Unser Leitsatz lautet „Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit“. Sicherheit im klinischen Ablauf ist eine Grundvoraussetzung für diese Geborgenheit. Risikoerkennung und Fehlervermeidung sind adäquate Mittel, um die Patientensicherheit zu verbessern. Deshalb betreiben Mitarbeiter und Verantwortliche des Klinikums Idar-Oberstein aktive Fehlervermeidung. In allen Abteilungen ist ein Zwischenfallerfassungssystem eingeführt worden. Dieses Meldesystem (Critical Incident Reporting System, kurz: CIRS) ermöglicht das Erkennen und Beseitigen von Fehlerquellen im klinischen Ablauf. Alle Beschäftigten haben die Möglichkeit, Risiken über eine Software zu melden. Ein interdisziplinäres Auswertungsteam sichtet die Meldungen und leitet Verbesserungsmaßnahmen ein.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Alle Projekte in unserem Klinikum werden anhand eines systematischen Projektmanagements durchgeführt. Klare Zieldefinitionen, geregelte Verantwortlichkeiten sowie konkrete Terminsetzungen zur Umsetzung werden genutzt, um Projektziele mit einem angemessenen Ressourcenaufwand zu erreichen.

Im Folgenden wird eine Auswahl vorgestellt:

Entlassmanagement

Ende 2017 trat der neue Rahmenvertrag zum Entlassmanagement in Krankenhäusern in Kraft. Ziel des strukturierten Entlassmanagements ist eine nach einem Krankenhausaufenthalt lückenlose Patientenversorgung. Entscheidend ist dabei, die Entlassung bereits ab der Aufnahme sorgfältig vorzubereiten. Das hausinterne Entlassmanagement wird dabei elektronisch über das Krankenhausinformationssystem unterstützt.

Chirurgische Bereitschaftsdienste

Mit der Unterstützung unabhängiger Experten wurde die Organisation der chirurgischen Bereitschaftsdienste überprüft und weiter verbessert, um die operative Versorgung rund um die Uhr noch sicherer zu gestalten.

Belegschaftsgenossenschaft

In Kooperation mit weiteren Unternehmen wurde die Gründung einer Belegschaftsgenossenschaft geplant. Die Genossenschaft sollte technische Investitionen im Bereich der Energie-Effizienz finanzieren, um mit den daraus erwirtschafteten Gewinnen soziale Projekte für die Belegschaft zu ermöglichen.

Leitbild

Seit Ende 2017 widmet sich ein interdisziplinäres Team der Aktualisierung des bestehenden Leitbildes. In der gemeinsamen Arbeit wurden die Grundprinzipien und das Selbstverständnis des Klinikums neu gefasst, um allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine aktuelle Orientierungshilfe an die Hand zu geben.

Aufbau einer konzernweiten E-Learning Plattform

„Bildung gemeinsam gestalten“ - mit diesem Anspruch arbeitete seit Ende 2018 eine fachübergreifende Projektgruppe mit allen Kliniken der SHG-Gruppe an der Einführung einer digitalen Lernplattform. Ziel des Projekts war die Schaffung eines konzernweiten E-Learning-Systems für die Absolvierung der Pflichtfortbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Seit dem Jahr 2002 orientiert sich die Klinikum Idar-Oberstein GmbH am EFQM-Modell. Nach diesem Modell wurde eine Selbstbewertung des Klinikums in allen Abteilungen durchgeführt, Verbesserungspotentiale aufgezeigt und Projekte initiiert. Darauf aufbauend strebte das Klinikum die Zertifizierung nach dem KTQ-Modell an. Dieses Modell der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) ist ein freiwilliges Zertifizierungsverfahren. Es bewertet das Qualitätsmanagement von Krankenhäusern durch externe Prüfer (Visitoren). Bereits zum vierten Mal absolvierte das Klinikum Idar-Oberstein 2017 erfolgreich die Rezertifizierung in diesem Zertifizierungsverfahren.

Die Klinikum Idar-Oberstein GmbH ist eine nach den Vorgaben der AG-Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland zertifizierte Behandlungseinheit des diabetischen Fußsyndroms. Weiterhin ist das Klinikum zertifiziert mit dem Bronze-Siegel der „Aktion Saubere Hände“. Die „Aktion Saubere Hände“ ist eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Einhaltung der Händedesinfektion in Gesundheitseinrichtungen.

Die Geriatriische Fachklinik Baumholder wurde im September 2004 als erste Klinik mit dem Qualitätssiegel der geriatrischen Rehabilitation in Rheinland-Pfalz ausgezeichnet. Erstmals absolvierte die Fachklinik Baumholder die Zertifizierung nach KTQ-Reha im Juni 2011. Im April 2017 absolvierte die Geriatriische Fachklinik Baumholder erfolgreich die 2. Rezertifizierung. Die Klinik nimmt teil an der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V für den stationären und ambulanten Bereich in der Bewertung der Struktur- und Prozessqualität.

Seit 2009 werden Schlaganfallpatienten in der zertifizierten regionalen Stroke Unit versorgt. Die Abteilung der Klinik für Neurologie wird regelmäßig nach den Vorgaben der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Stiftung der Deutschen Schlaganfallhilfe überprüft.

Seit 2011 ist das Klinikum als Regionales Traumazentrum im Traumanetzwerk Saar-Lor-Lux gemäß den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zertifiziert.

Seit 2014 ist die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal-invasive Chirurgie zertifiziert als Kompetenzzentrum für Minimal-invasive Chirurgie und Hernienchirurgie nach den Vorgaben der deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Seit 2015 sorgt unser EndoProthetikZentrum für mehr Versorgungsqualität und Patientensicherheit bei der Implantation von künstlichem Gelenkersatz. Das Zentrum der Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie wird regelmäßig nach den Vorgaben von EndoCert geprüft.

Seit 2016 bildet die Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie mit der Klinik für Akutgeriatrie und Geriatriische Rehabilitation ein Alterstraumatologisches Zentrum. Seitdem halten die Kliniken erfolgreich die Zertifizierung aufrecht.

Das Schlaflabor in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik ist nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin akkreditiert.

Das Managementsystem der staatlich anerkannten Schule für Gesundheitsfachberufe der Klinikum Idar-Oberstein GmbH wurde durch die Zertifizierungsgesellschaft WELL DONE bewertet. In diesem Rahmen bestätigte der externe Zertifizierer, dass die Träger-Anforderungen nach AZAV (Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung) erfüllt werden.

Das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie nahm wiederholt erfolgreich teil am bundesweiten Qualitätssicherungsprogramm für radiologische Interventionen der Deutschen Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimalinvasive Therapie (DeGIR).





SHG: Saarland Heilstätten

Kliniken

SHG-Kliniken Sonnenberg
 SHG-Klinik Kleinblittersdorf
 SHG-Klinik Halberg
 SHG-Kliniken Völklingen
 Klinikum Idar-Oberstein GmbH
 Klinikum Merzig gGmbH

Reha-Einrichtungen

- Zentrum für psychiatrische Rehabilitation, ATZ/RPK
- Zentrum für psychotherapeutische Rehabilitation
- Reha-Tagesklinik
- Virtuelle Werkstatt
- Integrationsfachdienst
- Projekt Arbeitstrainingsplätze
- Zentrum für Abhängigkeitsprobleme

Sonnenbergstraße 10
 D-66119 Saarbrücken
 Telefon +49(0)681/889-2521
 f.beutlberger@sb.shg-kliniken.de

Zentrum für Altersmedizin
 Geriatriische Rehabilitation
 Fachklinik Baumholder
 Krankenhausweg 22
 D-55774 Baumholder
 Telefon: +49(0)6783/18-130
 geriatrie@bh.shg-kliniken.de

Seniorenzentrum

von Fellenberg Stift
 Torstraße 28 / D-66663 Merzig
 Telefon +49(0)6861/705-6722

Med. Versorgungszentren

MVZ SHG Halberg GmbH
 MVZ SHG Völklingen GmbH
 MVZ Losheim GmbH
 MVZ Merzig gGmbH
 MVZ Saar-Pfalz GmbH
 MVZ SHG Saarbrücken GmbH

Gewerbliche Einrichtungen

APOLOG GmbH, SHG-Service GmbH,
 SHG Service Völklingen GmbH,
 SHG Service Merzig GmbH,
 SHG Service Idar-Oberstein GmbH,
 Saana Textilpflege GmbH,
 SHG-Projekte gGmbH

SHG Bildung gGmbH

mit den Standorten:

- Saarbrücken (ehemaliges Lehrinstitut für Gesundheitsberufe der SHG-Kliniken Sonnenberg)
- Völklingen (ehemalige Bildungs- und Kompetenzschmiede der SHG-Kliniken Völklingen)
- Idar-Oberstein (ehemalige Schule für Gesundheitsfachberufe des Klinikums Idar-Oberstein)
- Merzig (ehemalige Schulen für Gesundheits- und Pflegeberufe und für Ergotherapie des Klinikums Merzig)

Weitere Ausbildungstätten

- Saarländisches Institut zur Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie, SIAP
- Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen im Saarland gGmbH



SHG-Kliniken Sonnenberg

Sonnenbergstraße 10
 D-66119 Saarbrücken
 Telefon +49(0)681/889-0
 info@sb.shg-kliniken.de

Fachgebiete

- Adoleszente,
- Akutneurologie,
- Chirurgie allgemein,
- Drogen- und Suchttherapie,
- Geriatrie,
- Ellenruth von Gemmingen-Klinik (Klinik für Geriatrie),
- Gerontopsychiatrie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie, /-psychotherapie und
- -psychosomatik,
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ),
- Naturheilkunde,
- Neurologie
- Neurologische Früh-Rehabilitation,
- Psychiatrie,
- Psychosomatik,
- Psychotherapie.

www.shg-kliniken.de



SHG-Klinik Halberg



SHG-Klinik Kleinblittersdorf



Zentrum für Altersmedizin Baumholder



Zentrum für psychiatrische Rehabilitation, ATZ/RPK



Zentrum für psychotherapeutische Rehabilitation



SHG-Kliniken Völklingen

Richardstraße 5-9
D-66333 Völklingen
Telefon +49(0)6898/12-0
info@vk.shg-kliniken.de

Fachgebiete

Herzzentrum Saar

Kardiologie und Angiologie,
Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie,
Anästhesie und Operative
Intensivmedizin

Lungenzentrum Saar

Innere Medizin - Schwerpunkt
Pneumologie,
Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

Gefäßzentrum

Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie,
Kardiologie und Angiologie,
Nephrologie und Dialyse, Radiologie

Psychiatrisches Zentrum

Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik mit Tagesklinik
und Institutsambulanz,
Zentrum für psychiatrische
Familienpflege,
Interdisziplinäres Schlaflabor

Weitere Fachabteilungen

Allgemeine Innere Medizin,
Urologie, Kinderurologie,
urologische Onkologie,
Nephrologie und Dialyse,
Anästhesie, Operative Intensiv-
medizin, Radiologie.



Klinikum Idar-Oberstein GmbH

Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2
D-55743 Idar-Oberstein
Telefon +49(0)6781/66-0
info@io.shg-kliniken.de

Fachgebiete

Akutgeriatrie/Altersmedizin,
Allgemeinchirurgie, Anästhesie,
Augenheilkunde, Diabetologie,
Diagnostische und
Interventionelle Radiologie,
Gastroenterologie, Geburtshilfe,
Gefäß- und Endovaskularchirurgie,
Geriatrische Rehabilitation
(Fachklinik Baumholder),
Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-
heilkunde, Hämatologie,
Intensivmedizin/Anästhesiologisch,
Intensivmedizin/Innere Medizin,
Intenistische Onkologie,
Kardiologie, Kinder- und
Jugendmedizin/Pädiatrie,
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Kinder- und Jugendpsychosomatik,
Kinder- und Jugendpsychotherapie,
Krankenhausapotheke,
Lungenheilkunde/Pneumologie,
Nephrologie, Neurochirurgie, Neuro-
logie, Notfallmedizin, Psychiatrie,
Psychosomatik, Psychotherapie,
Schlaflabor/Erwachsene,
Schlaflabor/Kinder, Schmerztherapie,
Strahlentherapie, Stroke Unit,
Unfall- und Orthopädische Chirurgie,
Urologie, Viszeralchirurgie.



Klinikum Merzig gGmbH

Trierer Straße 148
D-66663 Merzig
Telefon +49(0)6861/705-0
info@mzg.shg-kliniken.de

Fachgebiete

Chirurgie

Allgemeinchirurgie,
Bauchchirurgie,
Adipositaschirurgie

Orthopädie

Unfallchirurgie

Gynäkologie und Geburtshilfe

Klinik für Innere Medizin

Innere Medizin, Magen- und
Darmerkrankungen,
Palliativmedizin

Klinik für Neurologie

Neurologie, Neurologische
Früh-Rehabilitation,
Schlaganfallereinheit
(Regionale Stroke Unit)

Psychiatrisches Zentrum

Klinik und Tagesklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
mit Institutsambulanz,
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Kinder- und Jugendpsychotherapie

Weitere Fachabteilungen

Anästhesie, Intensivmedizin,
Notfallmedizin, Röntgendiagnostik,
Schmerztherapie,
Urologie.



SHG Bildung gGmbH



Institut zur Aus- und Weiter-
bildung in Psychotherapie, SIAP



Saana Textilpflege GmbH



APOLOG Gesundheitslogistik



Seniorenzentrum
von Fellenberg Stift



Impressum

Herausgeberin

Saarland-Heilstätten GmbH
Sonnenbergstraße 10
D-66119 Saarbrücken
Telefon +49(0)681/889-2304
Fax +49(0)681/889-2275
info-shg@kliniken.de
www.shg-kliniken.de

Klinik

Klinikum Idar-Oberstein GmbH
Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2
D-55743 Idar-Oberstein
Telefon +49(0)6781/66-0
Fax +49(0)6781/66-1940
info@io.shg-kliniken.de
www.io.shg-kliniken.de

Realisation

empira Software GmbH
Kirchstraße 19
D-53840 Troisdorf

Bildnachweis

Saarland-Heilstätten GmbH, SHG-Kliniken Sonnenberg, SHG-Kliniken Völklingen, Klinikum Idar-Oberstein GmbH, Klinikum Merzig gGmbH, Reinhard Austgen Werbeagentur, Agentur für Kommunikation und Design, Harald Kiefer, Tom Gundelwein

Anmerkung

Zur besseren Lesbarkeit wurde in diesem Bericht überwiegend die grammakalisch männliche Sprachform gewählt.

Sollten Sie Fragen oder Anregungen zu unserem Qualitätsbericht haben, so schreiben oder faxen Sie uns oder senden Sie uns eine E-Mail. Gerne erhalten Sie auf Wunsch gezielte Informationen zu unseren medizinischen Angeboten. Ausführliche Informationen finden Sie auch auf unserer Internetseite.



SHG: Klinikum Idar-Oberstein

Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2
D-55743 Idar-Oberstein
Telefon +49(0)6781/66-0
info@io.shg-kliniken.de
www.io.shg-kliniken.de

Trägerin
Saarland-Heilstätten GmbH
Sonnenbergstraße 10
D-66119 Saarbrücken