



Qualitätsbericht 2022

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 1
Satz 3 Nr. 6 SGBV für das Berichtsjahr 2022

Liebe Leser*in,

alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Diese Berichte dienen der Transparenz und Information von Patient*innen sowie den einweisenden Ärzt*innen.

Diese Transparenz spiegelt sich auch in unserem aktuellen Qualitätsbericht wieder. In diesem umfangreichen Dokument erhalten Sie einen genauen Einblick in die Struktur und das Leistungsangebot des Krankenhauses. Für jeden von uns sind Vertrauen, Qualität und Verantwortung, neben einer modernen medizinischen Versorgung und pflegerischen Betreuung, wichtige Punkte für die Wahl der bestmöglichen Klinik.

Das Städtische Krankenhaus Kiel und seine über 2.000 Mitarbeiter*innen bieten Ihnen eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau, bei einer gleichzeitigen interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit aller Fachbereiche. Wir sind für Sie da, um auch bereits im Vorfeld all Ihre Fragen verständlich und transparent zu beantworten.

Wir nehmen unsere Verantwortung als regionales und nicht gewinnorientiertes Krankenhaus gegenüber unseren Patient*innen und auch Mitarbeiter*innen sehr ernst.

Bleiben Sie gesund!

Ihr Team vom SKK



Dr. Roland Ventzke
(Geschäftsführer)



PD Dr. Sebastian Ullrich
(Ärztlicher Direktor)



Sabine Schmidt
(Pflegedirektorin)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	10
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	10
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	10
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	10
A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	11
A-4 [unbesetzt].....	11
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	13
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen.....	13
A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit.....	13
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	15
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	15
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	15
A-9 Anzahl der Betten.....	18
A-10 Gesamtfallzahlen.....	18
A-11 Personal des Krankenhauses.....	18
A-11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	18
A-11.2 Pflegepersonal.....	18
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	21
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	21
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	23
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	23
A-12.1.1 Verantwortliche Person.....	23
A-12.1.2 Lenkungsgremium.....	23
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	23
A-12.2.1 Verantwortliche Person.....	23
A-12.2.2 Lenkungsgremium.....	23
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	23
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	24
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	24
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	25
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	25
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	25
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	25
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie.....	26
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden.....	26
A-12.3.2.4 Händedesinfektion.....	26
A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE).....	27
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	27
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	27
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	28
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium.....	28
A-12.5.2 Verantwortliche Person.....	28
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal.....	28
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen.....	28
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt.....	29
A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen....	29
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	29
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	30
A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe.....	31

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	31
A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	31
A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	31
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fach- abteilungen.....	32
B-1 Klinik für Akut- und Notfallmedizin.....	33
B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	36
B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	36
B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	36
B-1.4 [unbesetzt].....	38
B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	39
B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	39
B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	39
B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	39
B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	40
B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	41
B-1.11 Personelle Ausstattung.....	41
B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	41
B-1.11.2 Pflegepersonal.....	41
B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	42
B-2 1. Medizinische Klinik - Kardiologie.....	43
B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	45
B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	45
B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-2.4 [unbesetzt].....	46
B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	46
B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	46
B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	46
B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	47
B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	47
B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	47
B-2.11 Personelle Ausstattung.....	48
B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	48
B-2.11.2 Pflegepersonal.....	48
B-3 2. Medizinische Klinik - Hämatologie & Onkologie.....	51
B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	54
B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	54
B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-3.4 [unbesetzt].....	54
B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	55
B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	55
B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	55
B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	55
B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	56
B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	56
B-3.11 Personelle Ausstattung.....	56
B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	56
B-3.11.2 Pflegepersonal.....	56
B-3.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	59
B-4 3. Medizinische Klinik - Gastroenterologie & Rheumatologie.....	60
B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	62

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	62
B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-4.4 [unbesetzt].....	62
B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	63
B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	63
B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	63
B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	63
B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	63
B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	63
B-4.11 Personelle Ausstattung.....	64
B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	64
B-4.11.2 Pflegepersonal.....	64
B-5 4. Medizinische Klinik - Pneumologie.....	67
B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	69
B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	69
B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-5.4 [unbesetzt].....	69
B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	69
B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	70
B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	70
B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	70
B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	70
B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	71
B-5.11 Personelle Ausstattung.....	71
B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	71
B-5.11.2 Pflegepersonal.....	71
B-6 Chirurgische Klinik.....	73
B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	76
B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	76
B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-6.4 [unbesetzt].....	78
B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	78
B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	79
B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	79
B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	80
B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	82
B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	82
B-6.11 Personelle Ausstattung.....	83
B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	83
B-6.11.2 Pflegepersonal.....	83
B-6.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	85
B-7 Viszeralmedizin.....	86
B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	88
B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	88
B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	88
B-7.4 [unbesetzt].....	89
B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	89
B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	90
B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	90
B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	90
B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	90
B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	90
B-7.11 Personelle Ausstattung.....	90

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	122
B-11.11 Personelle Ausstattung.....	123
B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	123
B-11.11.2 Pflegepersonal.....	123
B-11.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	125
B-12 Klinik für Geriatrie.....	126
B-12.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	128
B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	128
B-12.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	128
B-12.4 [unbesetzt].....	130
B-12.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	130
B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	130
B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	131
B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	131
B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	131
B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	131
B-12.11 Personelle Ausstattung.....	131
B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	131
B-12.11.2 Pflegepersonal.....	132
B-12.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	134
B-13 Physiotherapie.....	135
B-13.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	137
B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	137
B-13.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	137
B-13.4 [unbesetzt].....	137
B-13.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	137
B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	137
B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	137
B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	138
B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	138
B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	138
B-13.11 Personelle Ausstattung.....	138
B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	138
B-13.11.2 Pflegepersonal.....	138
B-13.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	139
B-14 Radiologische Abteilung.....	141
B-14.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	143
B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	143
B-14.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	143
B-14.4 [unbesetzt].....	145
B-14.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	145
B-14.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	145
B-14.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	145
B-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	145
B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	145
B-14.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	145
B-14.11 Personelle Ausstattung.....	145
B-14.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	145
B-14.11.2 Pflegepersonal.....	146
B-15 Zentrallaboratorium.....	148
B-15.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	150
B-15.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	150

B-15.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	150
.....	
B-15.4 [unbesetzt].....	150
B-15.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	150
B-15.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	150
B-15.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	150
B-15.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	150
B-15.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	151
B-15.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	151
B-15.11 Personelle Ausstattung.....	151
B-15.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	151
B-15.11.2 Pflegepersonal.....	151
B-16 Institut für Pathologie im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).....	153
B-16.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	155
B-16.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	155
B-16.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	
.....	155
B-16.4 [unbesetzt].....	155
B-16.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	155
B-16.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	155
B-16.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	156
B-16.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	156
B-16.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	156
B-16.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	156
B-16.11 Personelle Ausstattung.....	156
B-16.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	156
B-16.11.2 Pflegepersonal.....	156
B-17 Krankenhausapotheke.....	158
B-17.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	160
B-17.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten.....	160
B-17.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	
.....	160
B-17.4 [unbesetzt].....	160
B-17.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	160
B-17.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	160
B-17.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	160
B-17.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	160
B-17.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	160
B-17.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	161
B-17.11 Personelle Ausstattung.....	161
B-17.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	161
B-17.11.2 Pflegepersonal.....	161
C Qualitätssicherung.....	162
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden	
Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	162
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	162
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	162
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	196
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen	
(DMP) nach § 137f SGB V.....	196
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitäts-	
sicherung.....	197
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1	
Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	197
C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr.....	197
C-5.2 Angaben zum Prognosejahr.....	197

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	197
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	198
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr.....	199
C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG.....	199
C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG.....	200
C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richt- linie (PPP-RL).....	201
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	202
D Qualitätsmanagement.....	203
D-1 Qualitätspolitik.....	203
D-2 Qualitätsziele.....	203
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	204
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements.....	205
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte.....	208
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	210
Glossar.....	212

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH
Institutionskennzeichen: 260102434
Weitere Institutionskennzeichen: 260102434
Standortnummer: 772314000
Standortnummer (alt): 00
Straße: Chemnitzstr. 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Telefon: 0431 / 1697 - 0
Telefax: 0431 / 1697 - 4131
E-Mail: info@krankenhaus-kiel.de

Ärztliche Leitung

Name: PD Dr. Sebastian Ullrich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt
Telefon: 0431 / 1697 - 1300
Telefax: 0431 / 1697 - 1302
E-Mail: 3med@krankenhaus-kiel.de

Pflegedienstleitung

Name: Sabine Schmidt
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin
Telefon: 0431 / 1697 - 3601
E-Mail: sabine.schmidt@krankenhaus-kiel.de

Verwaltungsleitung

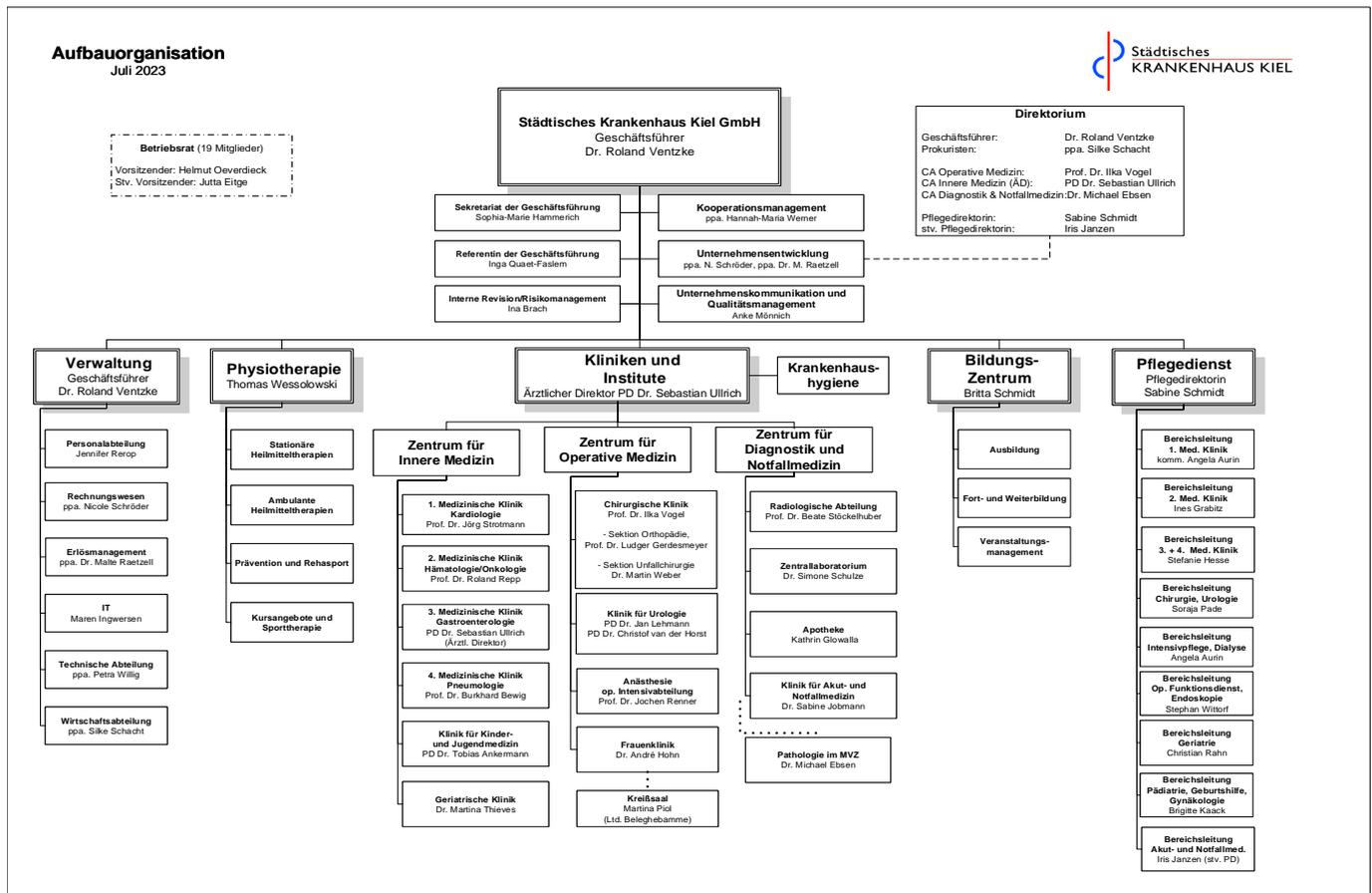
Name: Dr. Roland Ventzke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0431 / 1697 - 4000
E-Mail: roland.ventzke@krankenhaus-kiel.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Landeshauptstadt Kiel
Art: öffentlich
Internet: www.kiel.de

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja
Universität: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel



A-4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer A-4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Hospizlicher Gedanke im Krankenhaus
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Nichtraucherkurse und Betriebssport für Mitarbeiter
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP01	Akupressur	
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Spielzimmer, Schulunterricht für Kinder mit längeren Kranken-hausaufenthalten durch ausgebildete Lehrerin
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum am Universitäts-klinikum Schleswig-Holstein
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Onkologische Ambulanz Kinder-Schreiambulanz, Elternberatung, Begleitung verwaister Eltern, Kursangebot Familiale Pflege
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	als Kursangebote für Babys von 1-6 Monaten und für Babys von 3-8 Monaten sowie für Kinder von 1,5 bis 4 Jahre als Spielerische Wassergewöhnung
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Patienten aus anderen Kliniken können ebenfalls an diesem Leistungsangebot teilnehmen.
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	Patienten aus anderen Kliniken können an diesem Leistungsangebot ebenfalls teilnehmen
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Rückbildungsgymnastik im Wasser
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/ Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
NM02	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer	als Wahlleistung oder bei medizinischer Indikation
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	als Wahlleistung oder bei medizinischer Indikation
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer	
NM10	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer	Steht auch als Familienzimmer zur Verfügung
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in	
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/ spirituelle Begleitung	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Janzen Iris
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflege Bereichsleitung
 Telefon: 0431 / 1697 - 3604
 E-Mail: iris.janzen@krankenhaus-kiel.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	In den Altbauten besitzt nicht jedes Zimmer eine eigene rolstuhlgerechte Dusche, allerdings stehen hier auf den Stationsfluren entsprechende Duschen zur Verfügung.
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhl-gerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	In den Neubauten ist der Fahrstuhl rollstuhl-gerecht gebaut. In den weiteren Gebäuden wird dieser Aspekt bei Sanierungsmaßnahmen berücksichtigt.
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhl-gerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung	
BF15	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Auf der geriatrischen Station sind bauliche und organisatorische Maßnahmen für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz berücksichtigt worden.
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	
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Die OP Tische sind für Lasten bis 240kg ausgelegt Ebenfalls steht ein automatisches Transferboard für besonders schwere Patienten zur Verfügung.
BF19	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Röntgen-einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Es steht ein MRT mit einer größeren Öffnung von 70 cm Durchmesser zur Verfügung.
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF23	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Allergenarme Zimmer	Die Zimmer für Chemotherapiepatienten sind allergenarm. Die Belüftung erfolgt durch eine Lüftungsanlage und die Fenster sind nicht zu öffnen.
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste	
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF29	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)



Unter dem Dach des **Bildungszentrums** finden sich am Städtischen Krankenhaus Kiel die Fachschule für Gesundheitsberufe, das krankenhauserne Fortbildungsmanagement und ein erfahrenes Veranstaltungsmanagement.

Das lichtdurchflutete Gebäude verfügt über großzügig angelegte, hochmoderne Unterrichts- und Tagungsräume, ausgestattet mit fortschrittlicher Technik.

Im Ausbildungsbereich werden jährlich ca. 160 junge Menschen für diverse Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen ausgebildet. Neben angehenden Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern findet hier die Qualifizierung im Bereich Krankenpflegehilfe und die Pflegeassistenz, aber auch die Begleitung für das Studium des Hebammenwesens und die Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten statt.

Ein Pool von Lehrkräften führt die Kursteilnehmer/-innen – unterstützt durch zahlreiche Praxisanleiter und hochqualifizierte freie Dozenten – durch die Ausbildung. Die praktizierte fortschrittliche Lern- und Lehrkultur am Bildungszentrum zeichnet sich insbesondere durch einen wertschätzenden, zugewandten Umgang mit Auszubildenden aus.

Während die Generalistische Pflegeausbildung zum/ zur Pflegefachmann/ -frau jeweils zum 1. April und 1. Oktober eines Jahres beginnt, startet die einjährige Ausbildung zum/zur Krankenpflegehelfer/-in zum 1. September eines Jahres.

Eine erfolgreiche Kooperation mit den regionalen Jobcentern ermöglicht Arbeitssuchenden zudem mittels einer zwölfmonatigen Qualifizierung in Teilzeit zum

Pflegeassistent/-in die berufliche Neuorientierung im Gesundheitswesen.

Der rasante Wandel im Gesundheitswesen sowie steigende – gesetzliche – Anforderungen führen zu einem hoch anspruchsvollen Bedarf an Fort- und Weiterbildungen für Pflegekräfte und Ärzte. Mit dem Fortbildungsmanagement unterstützen wir die Personalentwicklung am Hause. Zielführende Qualifizierungsangebote sichern die berufliche Kompetenz und ermöglichen einen dauerhaften Erfolg im Berufsleben.

Darüber hinaus bietet das Bildungszentrum mit einem erfahrenen Veranstaltungsmanagement die Möglichkeit der Organisation und Durchführung von Tagungen und Seminaren. Unter dem Selbstverständnis eines „Rundum- Sorglos – Services“ ergibt sich so für interne sowie externe Kunden die Möglichkeit der passgenauen Veranstaltungsabwicklung nach individuellem Wunsch.



„Wir setzen uns für eine zukunftsfähige Fachkräftegewinnung und -bindung ein. Unser umfassendes Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebot ermöglicht ganz individuelle berufliche Entwicklungsmöglichkeiten in moderner und ansprechender Atmosphäre.“

Frau Schmidt | Leitung Bildungszentrum

Unsere Kompetenzen im Überblick

Seit 2011 sind wir nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert, dem höchsten Qualitätssiegel für Bildungseinrichtungen.

In dem lichtdurchfluteten und nach modernsten Standards ausgestatteten Gebäude sind schwerpunktmäßig die Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote der Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH beheimatet.

Wir führen qualitativ hochwertige Ausbildungen für verschiedene Berufsgruppen im Gesundheitswesen durch und sichern damit den Fachkräftenachwuchs im eigenen Unternehmen.

Durch ein aktuelles und mitarbeiterorientiertes Fort- und Weiterbildungsmanagement bieten wir unseren Klinikmitarbeitern/-innen eine individuelle berufliche Entwicklungsmöglichkeit.

In Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt/Jobcenter Kiel und seinen Außenstellen vermitteln wir Jobsuchenden den Einstieg in die Gesundheitsberufe.

Unser professionelles Veranstaltungs-Team erarbeitet nach Ihren Wünschen und Vorgaben maßgeschneiderte Angebote.

Wir stellen unsere Räumlichkeiten mit höchster technischer Ausstattung und unser Know-How auch Unternehmen aus Medizin, Wirtschaft etc. für Tagungen, Seminare oder andere geschäftliche Veranstaltungen zur Verfügung.

Bildungszentrum

Leitung: Britta Schmidt
Sekretariat: Janina Arlt und Tanja Konkol

Tel: 0431 1697 - 3700
Fax: 0431 1697 - 3730
Mail: bildungszentrum@krankenhaus-kiel.de

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 605

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 22.295

Teilstationäre Fälle: 492

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 62.511

Fälle in StäB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Beleg-ärztinnen und Belegärzte)	220,09	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	219,4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,69	
– davon stationäre Versorgung	199,13	
– davon ambulante Versorgungsformen	16,34	
Fachärztinnen und Fachärzte	128,92	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	128,44	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,48	
– davon stationäre Versorgung	111,27	
– davon ambulante Versorgungsformen	13,04	
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,62	Coronaimpfung, Hygiene
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,62	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,62	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,62	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	413,02	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	394,73		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	18,29		
– davon stationäre Versorgung	394,6		
– davon ambulante Versorgungsformen	17,64		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Kinderkranken- pflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	62,28	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	62,16		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,12		
– davon stationäre Versorgung	61,51		
– davon ambulante Versorgungsformen	0,77		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	23,82	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,5		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3,32		
– davon stationäre Versorgung	16,19		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	5,93	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,93		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	5,53		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflege- assistenten	4,35	2 Jahre	staatl. geprüfte Pflegeassistentenz
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,19		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,16		
– davon stationäre Versorgung	4,35		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Kranken- pflegehelfer	17,24	1 Jahr	auch Altenpflegehelfer/-in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,87		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,37		
– davon stationäre Versorgung	17,24		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	23,81	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,51		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,3		
– davon stationäre Versorgung	23,81		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Beleghebammen und Belegentbindungs- pfleger	30		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	7,97	3 Jahre	auch Anästhesietechnische Assistenten
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,97		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	7,97		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Medizinische Fachangestellte	70,42	3 Jahre	auch Zahnmed.-Fachangestellte
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	70,3		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,12		
– davon stationäre Versorgung	55,17		
– davon ambulante Versorgungsformen	9,68		

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen
Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	65,69	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	64,44		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,25		
– davon stationäre Versorgung	65,69		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,34	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,34		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,34		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0,4	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,4		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,4		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,05	2 Jahre	staatl. geprüfte Pflegeassistentenz
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,05		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,05		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,72	1 Jahr	auch Altenpflegehelfer/-in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,72		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,72		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	3,79	ab 200 Std.	Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,79		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	3,79		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	7,97	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,97		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	7,97		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Medizinische Fachangestellte	1,29	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,29		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,29		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

¹ Angabe in Vollkräften

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	4,13
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,13
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,83
– davon ambulante Versorgungsformen	0,3
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	6,61
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,61
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,61
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	32,09
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,09
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	32,09
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	1,25	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	1,25	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	6,61	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,61	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	6,61	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/ Medizinischer Bademeister	5,75	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,75	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	5,75	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	28,22	auch Bio.-techn. Ass.
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,22	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	28,22	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	12,62	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,62	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	12,62	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	32,09	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,09	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	32,09	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	4,13	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,13	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	3,83	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,3	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	5,38	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,38	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	5,38	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Anke Mönnich
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leitung Qualitätsmanagement
Telefon: 0431 / 1697 - 4080
E-Mail: anke.moennich@krankenhaus-kiel.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Direktorium
Klinik- und Institutsleitungen
Qualitätsmanagementbeauftragte
Tagungsfrequenz: halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Kai Helbing
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagement / klinisches Risikomanagement
Telefon: 0431 / 1697 - 4086
E-Mail: kai.helbing@krankenhaus-kiel.de

A-12.2.2 Lenkungsremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Direktorium
Tagungsfrequenz: jährlich

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: OD Risikomanagement im SKK Letzte Aktualisierung: 14.09.2022
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: HA Notfallversorgung - Geltungsbereich aber nur 2. Med Letzte Aktualisierung: 01.09.2017
RM05	Schmerzmanagement	Name: NES Schmerzmanagement akut Letzte Aktualisierung: 27.10.2014
RM06	Sturzprophylaxe	Name: NES Sturzprophylaxe in der Pflege Letzte Aktualisierung: 12.04.2022
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: NES Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 05.04.2022
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: OD FeM Letzte Aktualisierung: 09.09.2022
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: HA Reparaturanforderung für Betten Letzte Aktualisierung: 15.09.2021
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: HA Patientenidentifikation Letzte Aktualisierung: 12.10.2017
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Name: HA Entlassungs- und Versorgungsmanagement Letzte Aktualisierung: 16.01.2018

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 30.06.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: halbjährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: bei Bedarf

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

Ja, Tagungsfrequenz: monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

- Aktualisierung und Kommunikation des Risikokataloges zum klinischen Risikomanagement
- Berücksichtigung der Risiken in der Patientenversorgung in den internen DIN ISO Audits
- Durchführung von Patientensicherheitsaudits (Umsetzung NES und Funktionsbereich OP) mit Hilfe der internen Auditor*innen des Pflegedienstes
- regelmäßige Veröffentlichung eines CIRS-Falls mit besonderer Relevanz

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA))
EF14	CIRS Health Care

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

Ja, Tagungsfrequenz: quartalsweise

Im Rahmen des 6-K-Verbundes treffen sich die Verantwortlichen für das Fehlermanagement in regelmäßigen Abständen.

Bei diesen Anwendertreffen findet ein intensiver Austausch über die Meldungen der einzelnen Häuser statt.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaus-tygieniker	2	Gesamt: 0,55 VK Krankenhaustygieniker*in-Stabsstelle (0,25 VK) + Weiterbildungs-Assistent*in mit über 3 Jahren Berufserfahrung (0,30 VK), zusätzlich während der COVID 19-Pandemie Arzt/Ärztin in Weiterbildung (0,75 VK)
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygiene-beauftragte Ärzte	14	
Hygienefachkräfte (HFK)	4	Gesamt 3,2 VK
Hygienebeauftragte in der Pflege	43	

¹ Angabe in Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: PD Dr. Sebastian Ullrich

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor, Cheffarzt 3. Medizinische Klinik

Telefon: 0431 / 1697 - 1300

E-Mail: sebastian.ullrich@krankenhaus-kiel.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: bei Bedarf

Die Tagungsfrequenz der Hygienekommission ist 3xjährlich und sie wird bei Bedarf zu aktuellen Anlässen umgehend einberufen.

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: Kopfhäube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	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 jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten 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	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	ja
Meldung an die Ärztin oder den Arzt 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: 508 ml/Patiententag
 Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen: 768 ml/Patiententag
 Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

Aufgrund der COVID-19 Pandemie wurde der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf den Intensivstationen und Allgeminstationen nicht erhoben.

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	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 NEO-KISS
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRSA Netzwerk 6-K-Verbund Sana Infektionserfassungssystem
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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)	HA Beschwerdemanagement Letzte Aktualisierung: 09.04.2019
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ein Telefondienst in der Zeit von 09:00 bis 12:00 Uhr ist eingerichtet. Bei Bedarf kann ein Treffen vor Ort erfolgen.
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Die Rückmeldungen sollen möglichst innerhalb von 21 Tagen erfolgen. Bei voraussichtlich langfristiger Bearbeitungsdauer wird ein Zwischenbescheid verschickt.

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Stefanie Prinz Beschwerdemanagement Telefon: 0431 / 1697 - 7777 E-Mail: IhreMeinung@krankenhaus-kiel.de Beschwerdemanagement Telefon: 0431 / 1697 – 7777 E-Mail: IhreMeinung@krankenhaus-kiel.de
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Mit Hilfe der auf den Stationen ausgelegten Meinungskarten können diese anonym in die dafür vorgesehenen Postkästen eingeworfen werden. Des Weiteren können Lob, Anregung und Kritik per Mail, per Telefon oder auf dem Postweg entgegen genommen werden.
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	In den zertifizierten Zentren werden kontinuierliche Patientenbefragungen durchgeführt. Zudem werden in besonderen Bereichen punktuell Befragungen durchgeführt.
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	In den zertifizierten Zentren werden alle 3 Jahre regelhaft Einweiserbefragungen durchgeführt. Zudem werden in besonderen Bereichen punktuell Befragungen durchgeführt.

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: Kathrin Glowalla
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Apothekenleitung
 Telefon: 0431 / 1697 - 3500
 Telefax: 0431 / 1697 - 3503
 E-Mail: kathrin.glowalla@krankenhaus-kiel.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	5
Weiteres pharmazeutisches Personal	12

¹ Angabe in Personen

Apotheker*innen: 4,13 VK
 pharmazeutisch-kaufm. Assistent*innen: 4,96 VK
 pharmazeutisch-techn. Assistent*innen: 5,97 VK

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittel-anamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamnese-informationen)	
AS07	Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatenname), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittel-informationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinik-Center®, 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

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

ja

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst:

nein

Es gibt eine Arbeitsgruppe zur Erstellung eines Schutzkonzepts.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input checked="" type="checkbox"/>	

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹	Kommentar / Erläuterung
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	_____ ²	
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	_____ ²	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinerstörung	_____ ²	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input type="checkbox"/>	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	_____ ²	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>	Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse, Plasmapherese
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	_____ ²	
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/>	

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (² bei diesem Gerät nicht anzugeben)

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: ja

Stufe der Notfallversorgung, welcher das Krankenhaus zugeordnet ist

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Kommentar:

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3): nein

Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt:
Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Nr.	Module der Speziellen Notfallversorgung
SN01	Modul Notfallversorgung Kinder (Basis)
SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: ja

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden: nein

B

Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

I Klinik für Akut- und Notfallmedizin.....	33
2 1. Medizinische Klinik - Kardiologie.....	43
3 2. Medizinische Klinik - Hämatologie & Onkologie.....	51
4 3. Medizinische Klinik - Gastroenterologie & Rheumatologie.....	60
5 4. Medizinische Klinik - Pneumologie.....	67
6 Chirurgische Klinik.....	73
7 Viszeralmedizin.....	86
8 Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin.....	94
9 Frauenklinik.....	102
10 Klinik für Urologie.....	109
11 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.....	117
12 Klinik für Geriatrie.....	126
13 Physiotherapie.....	135
14 Radiologische Abteilung.....	141
15 Zentrallaboratorium.....	148
16 Institut für Pathologie im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).....	153
17 Krankenhausapotheke.....	158

Qualitätsbericht 2022

Klinik für Akut- und Notfallmedizin



Die **Klinik für Akut- und Notfallmedizin** setzt sich zusammen aus der **Zentralen Notaufnahme (ZNA)** und der **Interdisziplinären Kurzliegerstation (INKA)**. Hier werden jährlich bis zu 30.000 NotfallpatientInnen aus Kiel und Umgebung interdisziplinär und interprofessionell versorgt. Die enge Zusammenarbeit und die hohe technische Ausstattung tragen zu einer besseren Versorgung der Notfälle bei.

In der ZNA werden alle NotfallpatientInnen versorgt. Ausnahmen gibt es nur für schwangere Patientinnen ab der 22. Schwangerschaftswoche, die direkt im Kreißaal versorgt werden und für Kinder mit nicht-chirurgischen Krankheitsbildern, die direkt in der Kinderklinik versorgt werden. Kinder mit chirurgischen Krankheitsbildern werden in enger Kooperation mit der Kinderklinik in der ZNA versorgt. NotfallpatientInnen mit akutem Brustschmerz werden in der Chest Pain Unit (Brustschmerzabteilung der Kardiologie) versorgt. Diese ist in die ZNA integriert.

Fußläufige NotfallpatientInnen erreichen die ZNA über den Haupteingang und werden dort zunächst in den beiden Ersteinschätzungsräumen durch eine geschulte Pflegekraft befragt. Hier wird die Notwendigkeit der Behandlung in einem Krankenhaus überprüft und eine Dringlichkeitsstufe der Notfallbehandlung festgelegt. Bei unklaren Fällen wird ein(e) Arzt/Ärztin hinzugezogen. Im Anschluss daran erfolgt, je nach Dringlichkeit der

Behandlung, zunächst die administrative Aufnahme oder der sofortige Beginn der Notfallbehandlung.

Die Notfallbehandlung in der ZNA erfolgt nicht nach der Wartezeit sondern nach Dringlichkeit der Behandlung und benötigten Ressourcen.

Während der Öffnungszeiten der Anlaufpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, die sich in den Räumlichkeiten des Städtischen Krankenhauses Kiel befindet, gehen alle fußläufigen NotfallpatientInnen dort hin, außer es handelt sich um NotfallpatientInnen mit Einweisung oder Berufs- und Wegeunfälle (BG). Die Anlaufpraxis und die ZNA arbeiten eng zusammen.

NotfallpatientInnen, die mit dem Rettungswagen kommen, erreichen die ZNA über die Liegendanfahrt. Auch hier erfolgt durch eine geschulte Pflegekraft eine Ersteinschätzung.

In der ZNA stehen 7 Einzelbehandlungsplätze mit zentraler Monitorüberwachung und eine sogenannte „Überwachungseinheit“ mit 13 Plätzen – ebenfalls mit zentraler Monitorüberwachung - zur Verfügung. Hier befinden sich NotfallpatientInnen, die kurzfristig überwacht werden müssen oder NotfallpatientInnen, die sich in einem Wartefenster befinden und liegen müssen. In der „Überwachungseinheit“ ist die Chest-Pain-Unit (Brustschmerz-Ambulanz) integriert, die durch Ärzte/Ärztinnen der Medizinischen Klinik I (Kardiologie) betreut werden.

Darüber hinaus gibt es zwei OP-Räume, einen Gipsraum und einen Schockraum. Herz der ZNA ist der Pflegestützpunkt mit zentraler Monitorüberwachung.

Neben der stationären Notfallversorgung, gibt es eine räumlich direkt angrenzende Interdisziplinäre Kurzliegerstation (INKA) mit 12 Betten. Hier werden finden Behandlungen statt, die eine längeren Zeitraum – aber kleiner als 24 h - in Anspruch nehmen wie beispielsweise die Gabe einer Bluttransfusion oder eine akute Schmerztherapie. Auch NotfallpatientInnen mit unklarer Aufnahmeindikation können hier für maximal 24 h überwacht werden.

Das ZNA-Pflege- und Ärzteteam, das sich aus internistischen und chirurgischen Disziplinen zusammensetzt, kann bei Bedarf jederzeit Verstärkung aus anderen Fachabteilungen hinzurufen. Das Schockraumteam ist von Beginn an interdisziplinär und interprofessionell.

Alle weiteren wichtigen Strukturen wie Röntgenabteilung, Labor, Herzkatheterlabor, Endoskopie, OP und Intensivstationen sind in unmittelbarer Nähe der ZNA.

Ein weiterer Schwerpunkt besteht in der bildgebenden Diagnostik des Herzens, insbesondere hier der Echokardiographie mit allen aktuell zur Verfügung stehenden Methoden.

Erkrankungen der Nieren werden – wenn nötig – in der Dialyse-Einheit mit allen modernen Nierenersatz- und Plasmaaustauschverfahren behandelt.



„Die Klinik für Akut- und Notfallmedizin mit der neuen ZNA und der Kurzliegerstation ermöglichen eine gute und sichere Notfallversorgung nach aktuellen Standards.“

Dr. Sabine Jobmann | Chefärztin Klinik für Akut- und Notfallmedizin

Unsere Kompetenzen im Überblick

Notfallversorgung in einem interdisziplinären und interprofessionellen Team und mit neuester technischer Ausstattung

Enge Zusammenarbeit mit allen Fachdisziplinen im Hause, dem Rettungsdienst der Stadt Kiel sowie der Kassenärztlichen Vereinigung (Anlaufpraxis)

Feste Ansprechpartner für niedergelassene Kollegen

Ärztliche Weiterbildung (Klinische Akut- und Notfallmedizin, Innere Medizin, Chirurgie)

Optimierte Pflegeversorgung

Enge Zusammenarbeit mit der Geriatrie im Hause zum Aufbau einer Akutgeriatrie

Kurzliegerstation

B-I Klinik für Akut- und Notfallmedizin

B-I.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Klinik für Akut- und Notfallmedizin

Schlüssel: Innere Medizin (0100)

Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. Sabine Jobmann

Funktion / Chefärztin

Arbeitsschwerpunkt:

Telefon: 0431 / 1697 - 8831

Telefax: 0431 / 1697 - 8832

E-Mail: notaufnahme@krankenhaus-kiel.de

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/notaufnahme>

B-I.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-I.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
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
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
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
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
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI36	Mukoviszidosezentrum
VI38	Palliativmedizin
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO12	Kinderorthopädie
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VO21	Traumatologie
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie	
VK32	Kindertraumatologie
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
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
VU18	Schmerztherapie

B-I.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.008

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	103
2	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	99
3	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	78
4	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	71
5	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	46
6	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	38
7	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	36
8 – 1	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	23
8 – 2	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	23
8 – 3	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	23

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	150
2	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	148
3	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	123
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	77
5	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	65
6	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	46
7	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	34
8	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	26
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	21
10	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	20

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Nr.	Angebotene Leistung
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
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

Nr.	Angebotene Leistung
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
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
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VC71	Allgemein: Notfallmedizin

D-Arzt Ambulanz

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
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
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
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VC71	Allgemein: Notfallmedizin

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	8,86
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,84
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02
– davon stationäre Versorgung	6,52
– davon ambulante Versorgungsformen	2,33
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,8
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,78
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02
– davon stationäre Versorgung	2,47
– davon ambulante Versorgungsformen	2,33

¹ Angabe in Vollkräften

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	14,03	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,08	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,95	
– davon stationäre Versorgung	10,19	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,84	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,34	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,34	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,34	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,26	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,26	
– davon stationäre Versorgung	0,26	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,06	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,57	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,55	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	0,57	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,37	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,29	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08	
– davon stationäre Versorgung	1,37	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

B-1.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
-------------------------------------	---------------------

¹ Angabe in Vollkräften



Die **I. Medizinische Klinik** versorgt auf drei Normalpflegestationen und der Internistischen Intensivstation mit 14 Betten, einer Intermediate Care Station mit 6 Betten, sowie einer zusätzlichen Chest Pain Unit Patienten mit allen Formen internistischer Erkrankungen.

Schwerpunkte der Tätigkeit bestehen im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere der akuten Notfallversorgung von Patienten. In zwei Herzkatheterlabor-Messplätzen werden alle modernen Verfahren der heutigen Herzkathetertechniken angewandt. Ein Schwerpunkt im Herzkatheterlabor ist die Versorgung von Patienten mit akuten Herzinfarkten. Dabei profitieren wir von einer engen Verbindung des Herzkatheterlabors mit der internistischen Intensivstation des Hauses. Darüber hinaus erfolgt eine Vielzahl an geplanten Herzkatheteruntersuchungen zur Abklärung von Herzklappenerkrankungen, Durchblutungsstörungen des Herzens oder Herzrhythmusstörungen.

„Die I. Medizinische Klinik betreibt eine spezialisierte Aufnahmeeinheit für Herzpatienten, die sog. Chest Pain Unit“

Es besteht eine 24-Stunden-Rufbereitschaft über das gesamte Jahr zur Behandlung der akuten Herzinfarkt-Patienten oder von anderen Notfällen kardiologischer Art.

Als Patient mit akuten Schmerzen im Brustkorb werden Sie in der Chest Pain Unit schnellstmöglich versorgt und es wird geklärt, ob diese Schmerzen auf eine Herzkrankung, insbesondere einen Herzinfarkt, zurück zu führen sind.

Falls Patienten im weiteren Verlauf eine Operation am Herzen benötigen, haben wir eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Es finden wöchentliche Konferenzen im Herzteam statt, bei denen komplexe Fälle diskutiert werden und wir sind TAVI Kooperationspartner des UKSH.

Neben den Herzkatheteruntersuchungen ist die Versorgung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen eine weitere Hauptaufgabe. Nach der Diagnostik werden hier Patienten mit allen zur Verfügung stehenden Schrittmachersystemen und Defibrillatorgeräten zur Erkennung und Behandlung von sowohl langsamen als auch schnellen Herzrhythmusstörungen versorgt. Zusätzlich werden auch CRT Systeme zur Behandlung der Herzschwäche implantiert, sowie Katheter-Ablationen von Herzrhythmusstörungen durchgeführt.

Ein weiterer Schwerpunkt besteht in der bildgebenden Diagnostik des Herzens, insbesondere hier der Echokardiographie mit allen aktuell zur Verfügung stehenden Methoden.

Erkrankungen der Nieren werden – wenn nötig – in der Dialyse-Einheit mit allen modernen Nierenersatz- und Plasmaaustauschverfahren behandelt.



„Die I. Medizinische Klinik des SKK leistet bei der Erstversorgung bis zur Nachsorge von Herzinfarktpatienten Spitzenmedizin in Schleswig Holstein.“
Prof. Dr. Strotmann | Chefarzt I. Medizinische Klinik

Unsere Kompetenzen im Überblick

- Akutversorgung von Herzinfarktpatienten
- Betrieb einer von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zertifizierten Chest Pain Unit
- Abklärung und Therapie der koronaren Herzerkrankung im Herzteam
- Untersuchung von Patienten mit Herzklappenerkrankungen
- Partner im TAVI Programm des UKSH Campus Kiel
- Zertifiziertes Ausbildungszentrum für interventionelle Kardiologie
- Diagnostik von Herzrhythmusstörungen und Ablationstherapie
- Herzschrittmacher- und ICD (Defibrillator) Versorgung und CRT-Versorgung
- Internistische und kardiovaskuläre Intensivmedizin
- Kardiale Bildgebung
- Schwerpunkt für „Herzpatienten“ mit Nierenerkrankungen
- Betrieb einer eigenen, modernen Dialyse
- Interdisziplinarität bei der Versorgung älterer Patienten
- Gemeinsame Fallbesprechungen und Behandlungsplanungen im Stationsteam
- Optimierung der Pflegeversorgung von Patienten durch Experten

I. Medizinische Klinik

Leitung: Prof. Dr. Strotmann
Sekretariat: Andrea Köpke

Tel: 0431 1697 - 1101
Fax: 0431 1697 - 1102
Mail: I.med@krankenhaus-kiel.de

B-2 I. Medizinische Klinik - Kardiologie

B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: I. Medizinische Klinik - Kardiologie
Schlüssel: Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie (0103)
Art: Hauptabteilung
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Jörg Strotmann
Funktion / Chefarzt
Arbeitsschwerpunkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 1101
Telefax: 0431 / 1697 - 1102
E-Mail: joerg.strotmann@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/erste-medizin-kardiologie>

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VII0	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VII5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VII6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VII9	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI27	Spezialprechstunde	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	insbesondere Therapie bradykarder und tachykarder Herzrhythmusstörungen inkl. Defibrillatortherapie und biventrikuläre Herzschritt-machersysteme
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI39	Physikalische Therapie	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche	
VX00	Teilnahme am Kieler Notarztwagensystem in Kooperation mit der Feuerwehr	
VX00	Zentrum für hämatologische Neoplasien (DKG)	

B-2.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	3.749
Teilstationäre Fallzahl:	44
Anzahl Betten:	113

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	488
2	I50	Herzschwäche	476
3	I21	Akuter Herzinfarkt	369
4	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	297
5	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	160
6	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	116
7	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	104
8	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	96
9	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	75
10	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	71

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	2.567
2	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.630
3	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	1.566
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.377
5	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	1.268

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	1.092
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	1.009
8	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	806
9	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	706
10	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	440

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Herzschrittmacher- und ICD-Ambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
VC06	Herzchirurgie: Defibrillatöreingriffe
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten bestehen außerdem im Rahmen der Privatambulanz des Chefarztes.

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Herzkatheteruntersuchungen werden aufgrund klinischer Gründe nur in Ausnahmefällen durchgeführt.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	30,38
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	30,38
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	30,38
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	12,51
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,51
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	12,51
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	Internistische Intensivmedizin

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	81,9	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	78,98		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2,92		
– davon stationäre Versorgung	81,9		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,87	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,86		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01		
– davon stationäre Versorgung	0,87		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	7,63	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,2		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,43		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	1,57	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,57		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,57		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	2,33	2 Jahre	staatl. geprüfte Pflegeassistenten
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,32		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01		
– davon stationäre Versorgung	2,33		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	3,52	1 Jahr	auch Altenpflegehelfer/-in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,46		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06		
– davon stationäre Versorgung	3,52		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	5,35	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,3		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05		
– davon stationäre Versorgung	5,35		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Medizinische Fachangestellte	22,34	3 Jahre	auch Zahnmed.-Fachangestellte
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,33		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01		
– davon stationäre Versorgung	22,34		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen
 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ11	Pflege in der Nephrologie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZPI3	Qualitätsmanagement
ZPI4	Schmerzmanagement
ZPI5	Stomamanagement
ZPI6	Wundmanagement



Qualitätsbericht 2022 2. Medizinische Klinik

Die **2. Medizinische Klinik** des Städtischen Krankenhauses mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie ist spezialisiert auf die Diagnostik und medikamentöse Behandlung von Tumorerkrankungen. Die Klinik verfügt über insgesamt 3 onkologische Stationen mit insgesamt 70 Betten und ca. 3000 stationären Behandlungen pro Jahr. Für die intensive Behandlung akuter Leukämien und schwer abwehrgeschwächter Patienten sind spezielle Behandlungsräume vorhanden. Es steht eine Palliativstation mit 12 Betten zur Verfügung. Ein palliativmedizinisches Team betreut klinikübergreifende Patienten mit einer komplexen Symptomlast.

Die ambulante Behandlung erfolgt in einer großen Tumorambulanz, in der jährlich ca. 2500 Patienten behandelt werden.

„Medizinisches Leistungsspektrum mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie“

Das Spektrum der Tumorerkrankungen, die in der 2. Medizinischen Klinik behandelt werden, ist sehr umfassend. Dies sind zum einen klassische Krebserkrankungen verschiedenster Organe, zum anderen Erkrankungen des blutbildenden bzw. lymphatischen Systems wie Leukämien und Lymphome. Auf einer hämatologischen Spezialstation werden hochkomplexe Chemotherapien mit langer Aplasiedauer und Hochdosistherapien mit autologer Blutstammzelltransplantation durchgeführt. Ein weiterer Schwerpunkt besteht in der Anwendung immuntherapeutischer Strategien zur Behandlung bösartiger Tumorerkrankungen. Dies ergänzt das Spektrum der

medikamentösen Tumorthherapie mit klassischen Zytostatika und zielgerichteten Medikamenten wie molekularen Antikörpern und Hemmstoffen von Signalwegen der Tumorzellen.

Die neuen Therapieverfahren zeigen zum Teil erhebliche Erfolge, jedoch auch ein neues Spektrum an Nebenwirkungen, die eine spezielle Begleitung dieser Patienten erfordern. Die Klinik legt daher auf eine bestmögliche unterstützende (supportive) Begleitung einen großen Wert. Hierzu zählt der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität durch eine Ernährungsberatung und ein Bewegungsprogramm. Vielversprechende neue Ansätze, die noch nicht zugelassen sind, können wir zum Teil im Rahmen klinischer Studien bereits anbieten.

Darüber hinaus ist ein weiterer Schwerpunkt die Diagnostik und Behandlung anderer Erkrankungen des Blutes, zum Beispiel verschiedene Formen der Blutarmut. Für die Diagnostik hämatologischer Erkrankungen steht neben der mikroskopischen Beurteilung eine Durchflusszytometrie zur Verfügung, mit der Oberflächenmerkmale einzelner Zellen untersucht werden können.

Umfassende menschliche und persönliche Begleitung

Tumorerkrankungen bedeuten für Patient und Angehörige eine schwere Belastung. Um in dieser Situation eine umfassende Hilfe anzubieten, ist es unser Ziel, neben einer fachlich kompetenten Behandlung auf höchstem Niveau eine persönliche, menschliche Begleitung zu gewährleisten. Im Zentrum steht dabei eine persönliche Arzt-Patienten-Beziehung, die der besonderen Situation



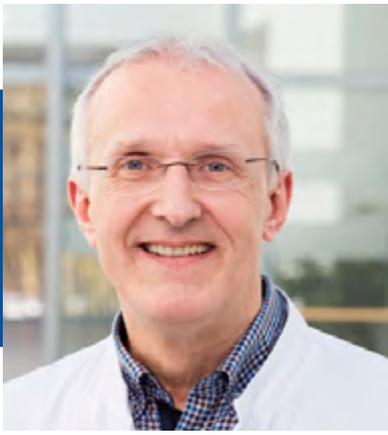
Qualitätsbericht 2022

2. Medizinische Klinik

jedes einzelnen Patienten gerecht wird. Besonders wichtig ist es uns darüber hinaus, die individuelle Situation des Patienten mit seinen Ängsten und Nöten bei der Behandlung zu berücksichtigen. Eine begleitende psychologische und psychosoziale Betreuung, spezialisierte Pflegekräfte und onkologisch geschultes Personal stehen unseren Patienten zur Verfügung.

[Klinikübergreifende Zusammenarbeit für gezielte Patientenversorgung und optimale Therapieeffizienz](#)

Zur bestmöglichen Patientenversorgung ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Fachbereiche sowie der verschiedensten Berufsgruppen wie Ärzten, Krankenpflegepersonal, Psychoonkologen, Physio- u. Schmerztherapeuten, im Städtischen Krankenhaus gut etabliert. Dies spiegelt sich unter anderem in den regelmäßigen Tumorkonferenzen wieder, in denen Vertreter aller beteiligten Fachgebiete gemeinsam über den bestmöglichen Behandlungsweg eines Patienten diskutieren. Bei einigen Erkrankungen wie dem Darmkrebs und den gynäkologischen Krebsleiden wurden am Städtischen Krankenhaus Organkrebszentren gegründet, die nach den Standards der Deutschen Krebsgesellschaft durch externe Begutachtung erfolgreich zertifiziert wurden. Diese sind fester Bestandteil des Onkologischen Zentrums, welches in 2021 erfolgreich rezertifiziert wurde.



„Tumorerkrankungen erfordern eine enge Zusammenarbeit von Spezialisten verschiedener Disziplinen und Berufsgruppen. Eine Patientenführung durch einen onkologischen „Lotsen“ ist dabei unerlässlich um eine qualitativ hochwertige Versorgung mit den Ansprüchen einer menschlichen Betreuung zu verbinden.“

Prof. Dr. Repp | Chefarzt 2. Medizinische Klinik

Unsere Kompetenzen im Überblick

Diagnostik

In der Klinik stehen alle für die Diagnose bösartiger Organtumoren, wie Lungen-, Magen-, Bauchspeicheldrüsen- und Darmkrebs sowie bösartiger Blut- und Lymphknotenerkrankungen notwendigen Untersuchungsverfahren zur Verfügung. Hierzu gehören: Sonographie, CT, MRT, Endoskopie des Gastrointestinaltrakts und der Bronchien, Blut- und Knochenmarkzytologie, Durchflusszytometrie (FACS).

Behandlung

Für die Behandlung stehen neben allen Standardtherapien der internistischen Onkologie auch modernste Immun- und Antikörpertherapien sowie hochkomplexe Chemotherapien und autologe Stammzelltransplantationen zur Verfügung. Zusätzlich können wir unseren Patienten in Studien die Behandlung mit einer Vielzahl aussichtsreicher, noch in der Entwicklung befindlicher Substanzen anbieten.

Unterstützung

Ein wichtiges Ziel der Klinik ist die bestmögliche Erhaltung der Lebensqualität. Hierzu steht zum einen ein palliativmedizinisches Team zur Verfügung, das auf der Palliativstation sowie im gesamten Haus die Symptomlast der Erkrankung zu lindern hilft. Des Weiteren wird ein breites Angebot an zusätzlichen unterstützenden Maßnahmen über die Tumorbehandlung hinaus angeboten. Hierzu zählen u. a. eine psycho-onkologische Begleitung, Ernährung und Bewegung, aber auch psychosoziale und spirituelle Begleitung.

Kooperation

Für die unmittelbare Diagnostik und Behandlung unserer Patienten findet in regelmäßigen Tumorkonferenzen eine Zusammenarbeit mit allen wichtigen Fachdisziplinen wie Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Chirurgie, Gastroenterologie, Pulmonologie und Gynäkologie statt. Weiterhin besteht eine enge Kooperation mit den Psychologen und den Sozialarbeitern der Klinik.

2. Medizinische Klinik

Leitung: Prof. Dr. Roland Repp
Sekretariat: Claudia Kahlert

Tel: 0431 1697-1201
Fax: 0431 1697-1202
Mail: 2med@krankenhaus-kiel.de

B-3 2. Medizinische Klinik - Hämatologie & Onkologie

B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: 2. Medizinische Klinik - Hämatologie & Onkologie
Schlüssel: Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie (0105)
Art: Hauptabteilung
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Roland Repp
Funktion / Chefarzt
Arbeitsschwerpunkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 1201
Telefax: 0431 / 1697 - 1202
E-Mail: roland.repp@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/zweite-medizin-onkologie>

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VII8	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Betreuung vor und nach Knochenmark- und Stamm-zelltransplantation sowie der zellulären Immuntherapie, die am Dr. Mildred Scheel Haus des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein durchgeführt werden
VI27	Spezialsprechstunde	für Tumorerkrankungen
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI45	Stammzelltransplantation	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche	
VX00	Teilnahme am Kieler Notarztwagensystem in Kooperation mit der Feuerwehr	

B-3.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.950
Teilstationäre Fallzahl: 0
Anzahl Betten: 82

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	424
2	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	97
3	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	96
4	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	88
5	C16	Magenkrebs	74
6	C50	Brustkrebs	62
7	C67	Harnblasenkrebs	55
8	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	54
9	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	51
10	I50	Herzschwäche	39

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	1.252
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	583
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	509
4	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	462
5	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	435
6	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	424
7	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	395
8	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	389
9	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	381
10	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebs- krankheit - Hochvoltstrahlentherapie	335

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Interdisziplinäre Tumorambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
LK15_2	Anlage 3 Nummer 1: 2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax
LK15_3	Anlage 3 Nummer 1: 3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren

Nr.	Angebotene Leistung
LK15_4	Anlage 3 Nummer 1: 4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
LK15_5	Anlage 3 Nummer 1: 5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
LK15_10	Anlage 3 Nummer 1: 10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
LK29	Anlage 1.1 a: onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
LK33	Anlage 1.1 a: onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
LK36	Anlage 1.1 a: onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	18,36
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,31
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05
– davon stationäre Versorgung	14,71
– davon ambulante Versorgungsformen	3,65
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,7
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,67
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03
– davon stationäre Versorgung	3,05
– davon ambulante Versorgungsformen	3,65

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ38	Laboratoriumsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF14	Infektiologie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	45,61	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	41,89		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3,72		
– davon stationäre Versorgung	41,09		
– davon ambulante Versorgungsformen	4,52		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,19	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,06		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,13		
– davon stationäre Versorgung	0,19		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,01	2 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01		
– davon stationäre Versorgung	0,01		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,36	1 Jahr	auch Altenpflegehelfer/-in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,33		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03		
– davon stationäre Versorgung	1,36		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	1,59	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,57		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02		
– davon stationäre Versorgung	1,59		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Medizinische Fachangestellte	9,36	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,36		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	4,71		
– davon ambulante Versorgungsformen	4,65		

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement
ZP20	Palliative Care

B-3.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	2,59
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,59
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,59
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften



Neben der allgemeinen Inneren Medizin hat die **3. Medizinische Klinik** ihre Schwerpunkte im Bereich der Diagnostik und Therapie der Erkrankungen von Speiseröhre, Magen und Darm, Bauchspeicheldrüse, Leber und Gallenwegen. Hier stehen unseren Patienten die neuesten Diagnoseverfahren wie Videoendoskopie und Hochleistungs-Sonographie zur Verfügung.

Gemeinsam mit der 2. Medizinischen Klinik und der Viszeralchirurgie erfolgt die Therapie von Tumorerkrankungen des Bauchraumes. An unserer Klinik (Lehrkrankenhaus der Universitätsklinik SH) werden Studenten und Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie ausgebildet.

Die 3. Medizinische Klinik ist ferner für den Bereich der Stoffwechselerkrankungen, Diabetologie, Ernährungsmedizin und Endokrinologie zuständig und veranstaltet auf der Diabetesschwerpunktstation in einer Lehrküche eine strukturierte Diabetikerschulung und Ernährungsberatung. Im Bereich der Hormonerkrankungen (Endokrinologie) gibt es gemeinsam mit der Chirurgie und Prof. Dr. Mönig den Behandlungsschwerpunkt Schilddrüsenerkrankungen.

Endoskopie

Unsere Klinik verfügt über eine moderne und umfassend ausgestattete Endoskopieabteilung.

Wir bieten ein breites Spektrum an endoskopischen und endosonographischen Techniken in der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Bronchien, der Speiseröhre, des Magens, der Gallenwege, des Dünndarms und des Dickdarms.

Privatversicherte Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen werden in unserer Klinik ambulant und stationär behandelt. Für gesetzlich versicherte Patienten ist eine ambulante Vorstellung in der ASV Rheumaambulanz möglich (Anmeldeformulare auf der Homepage). Neben den verschiedenen Formen der gelenkrheumatischen Krankheiten behandeln wir auch die entzündlichen Erkrankungen des Bindegewebes, der Blutgefäße und infektbedingte Erkrankungen z.B. Borreliose.

Gemeinsam mit der 2. Medizinischen Klinik und der Viszeralchirurgie erfolgt die Therapie von Tumorerkrankungen des Bauchraumes. Hier wurde 2018 neu die interdisziplinäre Viszeralmedizinische Station C2M3 gegründet. Hier werden alle akut im Bereich des Bauchraumes erkrankte Patienten auf einer Station von einem gemeinsamen Team aus Gastroenterologie und Viszeralchirurgie betreut. Somit können diagnostische Abläufe noch schneller, präziser und damit für den Patienten auch weniger belastend durchgeführt werden. Auch ist ein Stationswechsel zwischen nicht operativer und operativer Therapie nicht mehr notwendig.

Sonographie

Wir verstehen die qualifizierte Ultraschalldiagnostik und den Einsatz ultraschallgestützter Therapieverfahren als eines der Kernstücke unserer klinischen Tätigkeit und bieten unseren Patienten Ultraschalldiagnostik auf medizinischem und technischem Referenzniveau.



„Als akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein bilden wir Medizinstudenten sowie Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie aus.“

PD Dr. Ullrich | Chefarzt 3. Medizinische Klinik

Unsere Kompetenzen im Überblick

Allgemeine Innere Medizin

Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Erkrankungen der Speiseröhre, des Magen-Darm-Traktes, der Bauchspeicheldrüse und Leber

Endoskopische Diagnostik und Therapie:

des gesamten Magen-Darm Traktes

bei grossen Polypen im gesamten Magen-Darmtrakt

der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse

bei Tumorerkrankungen mit Entfernung von Tumorgewebe mittels Ultraschall, zur Beurteilung und Punktionen von Tumoren, Abszessen und Zysten

zur Diagnostik und Therapie von Dünndarmerkrankungen von Magen und Darm, auch zur Vorsorge
ambulante und stationäre Diagnostik und Behandlung rheumatischer Erkrankungen

Spezialisierte Ultraschalldiagnostik einschließlich Gefäßdiagnostik, kontrastverstärkter Sonographie, Endosonographie und ultraschallgeleiteter diagnostischer und therapeutischer Eingriffe

Behandlung und strukturierte Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus

Endokrinologie mit dem Schwerpunkt Schilddrüsenerkrankungen

Ernährungsmedizin

Diagnostik und Behandlung entzündlich rheumatischer Erkrankungen

3. Medizinische Klinik

Leitung: PD Dr. Sebastian Ullrich
Sekretariat: Manuela Trautmann

Tel: 0431 1697 - 1300
Fax: 0431 1697 - 1302
Mail: 3med@krankenhaus-kiel.de

B-4 3. Medizinische Klinik - Gastroenterologie & Rheumatologie

B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: 3. Medizinische Klinik - Gastroenterologie & Rheumatologie

Schlüssel: Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie (0107)

Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: PD Dr. Sebastian Ullrich

Funktion / Chefarzt

Arbeitsschwerpunkt:

Telefon: 0431 / 1697 - 1300

Telefax: 0431 / 1697 - 1302

E-Mail: 3med@krankenhaus-kiel.de

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/dritte-medizin-gastroenterologie>

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VII1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VII2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VII4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VII7	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI35	Endoskopie
VI40	Schmerztherapie
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR00	Ultraschallgesteuerte Punktion und Drainage
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Teilnahme am Kieler Notarztwagensystem in Kooperation mit der Kieler Feuerwehr

B-4.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.843
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 62

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	150
2	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	86
3	K80	Gallensteinleiden	77
4	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	67
5	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	65
6	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	64
7 – 1	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	56
7 – 2	I50	Herzschwäche	56
9	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	43
10	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	41

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	I-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	584
2	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	480
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	461
4	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	443
5	I-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	395
6	I-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	357
7	5-469	Sonstige Operation am Darm	317
8	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	234
9	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	197
10	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	179

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

stationäre BG-Zulassung

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	19,76
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,54
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,22
– davon stationäre Versorgung	16,1
– davon ambulante Versorgungsformen	3,66
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	9,67
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,64
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03
– davon stationäre Versorgung	6,01
– davon ambulante Versorgungsformen	3,66

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	37,68	3 Jahre	auch Notfallsanitäter/-in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	35,92		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,76		
– davon stationäre Versorgung	35,13		
– davon ambulante Versorgungsformen	2,55		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,06	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06		
– davon stationäre Versorgung	0,06		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,32	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,72		
– davon stationäre Versorgung	1,32		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,49	1 Jahr	auch Altenpflegehelfer/-in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,49		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,49		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	2	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,94		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06		
– davon stationäre Versorgung	2		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Medizinische Fachangestellte	7,04	3 Jahre	auch Zahnmed. Fachangestellte
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,01		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03		
– davon stationäre Versorgung	7,03		
– davon ambulante Versorgungsformen	0,01		

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen
Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ20 Praxisanleitung

PQ21 Casemanagement

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr. Zusatzqualifikationen

ZP04 Endoskopie/Funktionsdiagnostik



Qualitätsbericht 2022

4. Medizinische Klinik

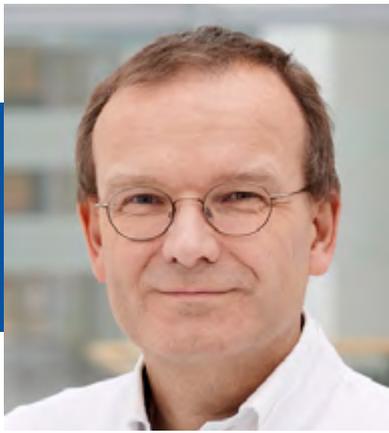
Die **4. Medizinische Klinik** des Städtischen Krankenhauses Kiel ist eine Klinik für Pneumologie. Sie wurde im Januar 2020 gegründet und war von Beginn an mit einem kompetenten Team aus Fachärzten, Assistenzärzten, Pflegekräften, Atmungstherapeuten und Physiotherapeuten besetzt. Daher können Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Pneumologie fachgerecht sowohl ambulant als auch stationär versorgt werden. Typische Krankheitsbilder dabei sind chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Infektionen der Lunge, Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Lungengerüsts, angeborene Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Lungenkreislaufs oder eine respiratorische Insuffizienz anderer Ursache.

Auf der Station M41 stehen insgesamt 30 Betten zur Verfügung. Hinzu kommen bis zu 4 Betten auf der operativen Intensivstation, die für Patienten genutzt werden, die von der künstlichen Beatmung entwöhnt werden. Eine Spezialambulanz für Mucoviszidose wurden Verlauf des Jahres 2020 als Christiane Herzog Zentrum ausgezeichnet. Es besteht eine enge Kooperation mit der Klinik für Pädiatrie bei der Transition von chronisch kranken Patienten von der Versorgung im Kindesalter zur Betreuung im Erwachsenenalter. Eine weitere Ambulanz steht für die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Tumorerkrankungen zur Verfügung. Fachärzte für Pneumologie können Patienten außerdem in unsere Ermächtigungsambulanz überweisen.

Viele Krankheitsbilder erfordern einen engen interdisziplinären Austausch. Auf dem Gebiet der pulmonalen

Hypertonie arbeitet die 4. Medizinische Klinik mit der Klinik für Kardiologie zusammen, im Bereich der Onkologie (Lungenkarzinome) besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Kollegen der 2. Medizinischen Klinik (Klinik für Onkologie). Im Bereich der Funktionsdiagnostik (zum Beispiel Sonographie und Endoskopie) wird konstruktiv mit der 3. Medizinischen Klinik zusammengearbeitet.

Unsere Klinik ist technisch modern ausgestattet und verfügt über die erforderlichen Geräte, um die Patienten auf höchstem Niveau zu versorgen. Die Ausstattung des Lungenfunktionslabors ermöglicht die Durchführung von Spirometrien, Broncholysen, Bodyplethysmographien, Atemkraftmessungen, unspezifische inhalative Provokationstestungen, Messungen der Diffusionskapazität und Belastungsuntersuchungen mittels Spiroergometrie. Die Endoskopie verfügt über moderne Video-Bronchoskope, endobronchialen Ultraschall, Argon-Plasma-coagulation zur endoskopischen Tumorreduktion oder Beseitigung von Blutungen, Kryo-Sonden zur effektiven Gewebegewinnung, das Instrumentarium zur Entfernung von Fremdkörpern und zur Implantation von Stents. Im Rahmen der Endoskopie ist die Überwachung der Patienten mittels Pulsoximetrie, EKG und Blutdruckmessung selbstverständlich etabliert, bei erhöhtem Risiko wird eine Narkose durch die Kollegen der Anästhesie vorgenommen. Geräte zum Schlaf-Apnoe-Screening oder zur nächtlichen CO₂-Messung werden vorgehalten, die Durchführung von Blutgasanalysen ist Tag und Nacht auf der Station M 41 möglich.



„Unser Anspruch ist es, die Patienten mit menschlicher Zuwendung fachlich hoch kompetent zu versorgen.“

Prof. Dr. Bewig | Chefarzt 4. Medizinische Klinik

Regelmäßig finden – auch fachübergreifend – Fortbildungsveranstaltungen sowohl für Ärzte als auch für Pflegekräfte statt. Die pneumologisch-radiologische Konferenz – bei Bedarf unter Einbeziehung der Pathologen und weiterer Fachdisziplinen – wird jede Woche abgehalten und sichert so den interdisziplinären Austausch, der von den Fachgesellschaften für die Diagnosestellung und Therapie- Entscheidung zum Beispiel bei interstitiellen Lungenerkrankungen gefordert wird.

Frühzeitig wird der Sozialdienst einbezogen, um für die Patienten eine angemessene Versorgung nach dem stationären Krankenhausaufenthalt sicherzustellen, möglichst im häuslichen Umfeld, eventuell unter Nutzung einer Rehabilitationsmaßnahme, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung der Klinik für Geriatrie oder, falls erforderlich, auch eine palliative Behandlung.

Unser Anspruch ist es, die Patienten mit menschlicher Zuwendung fachlich hoch kompetent zu versorgen. Wir wollen jedem Patienten zügig zu einer Diagnose zu verhelfen, um dann auch möglichst schnell die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen einzuleiten und ihm schnell zu helfen, wieder gesund zu werden.

4. Medizinische Klinik

Leitung: Prof. Dr. Bewig
Sekretariat: Maike Christiansen

Tel: 0431 1697 - 4601
Fax: 0431 1697 - 4602
Mail: Maike.Christiansen@krankenhaus-kiel.de

B-5 4. Medizinische Klinik - Pneumologie

B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: 4. Medizinische Klinik - Pneumologie
Schlüssel: Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie (0108)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Burkhard Bewig
Funktion / Chefarzt
Arbeitsschwerpunkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 4601
E-Mail: burkhard.bewig@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/4-medizin-pneumologie>

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VII5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VII6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VII8	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VII9	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI35	Endoskopie
VI36	Mukoviszidosezentrum
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Teilnahme am Kieler Notarztwagensystem in Kooperation mit der Feuerwehr

B-5.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.037
Teilstationäre Fallzahl: 0
Anzahl Betten: 30

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	202
2	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	95
3	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	91
4	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	69
5	J84	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge	58
6	I50	Herzschwäche	57
7	J98	Sonstige Krankheit der Atemwege	34
8	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim - Mukoviszidose	28
9	J45	Asthma	26
10	D86	Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung - Sarkoidose	22

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	691
2	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	480
3	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	425
4	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	417
5	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	342
6	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	323
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	311
8	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	237
9	1-430	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung	219
10	8-700	Offenhalten der Atemwege durch einen Schlauch über Mund oder Nase	161

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

ITA4M

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

Nr.	Angebotene Leistung
LK15_2	Anlage 3 Nummer 1: 2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax

AMUE

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
LK34	Anlage 2 b: Mukoviszidose

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	7,9
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,9
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7,9
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,04
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,04
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,04
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin

B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	14,95	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,29		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,66		
– davon stationäre Versorgung	14,95		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,03	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03		
– davon stationäre Versorgung	0,03		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1,36	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,36		
– davon stationäre Versorgung	1,36		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0,98	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,98		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,98		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,91	2 Jahre	staatl. geprüfte Pflegeassistentenz
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,91		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,91		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,03	1 Jahr	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03		
– davon stationäre Versorgung	1,03		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	1,12	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,08		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04		
– davon stationäre Versorgung	1,12		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Medizinische Fachangestellte	1,91	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,91		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,91		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspfleger Angabe in Personen

Das Leistungsspektrum der **Chirurgischen Klinik** des Städtischen Krankenhauses Kiel ist weit gefächert. In der Chirurgischen Klinik sind die Gebiete der Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie und der allgemeinen Chirurgie unter einer organisatorischen Leitung (Chefärztin: Prof. Dr. Ilka Vogel) zusammengefasst.

Die fachliche Leitung der Unfallchirurgie wird durch den Leitenden Oberarzt Herrn Dr. Martin Weber sichergestellt. Zudem wurde die orthopädische Expertise durch Herrn Prof. Dr. Ludger Gerdesmeyer erweitert.

Die gesamte Chirurgische Klinik ist 2014 nach DIN ISO 9001 zertifiziert und jährlich rezertifiziert.

Unsere Schwerpunkte liegen dabei in der Behandlung onkologischer Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (offen und minimal invasive Operationen) und bei den minimal-invasiven Operationen der Gallenblase und der Appendix.

Aufgrund der onkologischen Spezialisierung und guten Vernetzung der Klinik wurde 2013 das Darmkrebszentrum zusammen mit der Klinik für Gastroenterologie (3. Medizinische Klinik) gegründet. Dieses wurde 2014 durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert. Dazu kam 2019 die Zertifizierung des Pankreaszentrums. Die chirurgische Klinik ist auch wesentlicher Bestandteil des neu gegründeten Onkologischen Zentrums, das ebenfalls DKG zertifiziert ist. Es erfolgte in 2022 eine erneute Rezertifizierung des onkologischen Zentrums, wie auch aller Organkrebszentren.

„Den Schwerpunkt der Chirurgischen Klinik im Bereich der Viszeralchirurgie stellt die Behandlung von Tumorpatienten des Magen-Darm-Traktes dar“

Patienten mit Tumorerkrankungen des Bauchraumes werden interdisziplinär in der onkologischen Tumorsprechstun-

de mit den Kollegen der anderen Kliniken und Abteilungen des SKK und auch mit externen Kooperationspartnern betreut.

Auch in den anderen Bereichen, wie der Behandlung von Diabetes- oder Dialysepatienten werden diese gemeinsam mit den zuständigen Internistischen Kliniken chirurgisch versorgt. Durch die stationäre Behandlung der chirurgischen Kinder in der Kinderklinik ist hier eine besondere Nähe und Interdisziplinarität gegeben, die den kleinen Patienten und Ihren Eltern Sicherheit gibt.

In der Unfallchirurgie liegt der Schwerpunkt in der Versorgung geriatrischer Patienten mit den typischen Frakturen des Alters von Hüftgelenk, Handgelenk, Oberarmkopf, Becken sowie Wirbelsäule. Zudem im Gelenkersatz an Hüfte, Knie und Schulter.

In diesem Bereich ist die Zertifizierung als „Zentrum für Alterstraumatologie“ in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Klinik für Geriatrie erfolgreich durchgeführt worden. Seit Oktober 2016 gibt es bereits eine gemeinsame Station.

Unser Ziel ist es, unseren Patienten durch eine moderne Diagnostik und chirurgische Therapie mit hohem Qualitätsanspruch zu helfen. Dabei sind umfangreiche offene Information in persönlichen Gesprächen, die Organisation von Maßnahmen zur Sicherstellung der nachstationären Behandlung sowie die Kooperation mit ihren Hausärzten für uns selbstverständlich.

Auch im Jahr 2022 waren durch die Coronapandemie noch einige Abläufe und insbesondere die Personalsituation noch erheblich beeinträchtigt. Es zeichnete sich aber eine deutliche Verbesserung zum Vorjahr ab.



„Nur gelebte Interdisziplinarität ermöglicht die Sicherstellung der bestmöglichen individuellen onkologischen Therapie eines Patienten“

Prof. Dr. Vogel | Chefärztin Chirurgische Klinik

Unsere operativen Kern-Kompetenzen in der allgemeinen Chirurgie und Viszeralchirurgie

Onkologische Resektionen bei Tumoren des gesamten Magen-Darm-Traktes inklusive Bauchspeicheldrüsen und Leber Operationen (laparoskopische und offene Verfahren)

Onkologische interdisziplinäre Resektionen bei Tumorerkrankungen des Bauchraumes

Laparoskopische Operationen der Gallenblase

Laparoskopische Behandlung der Appendizitis (Kinder und Erwachsene)

Laparoskopische Operationen bei Erkrankungen des Thorax

Hernienversorgung mit laparoskopischen und offenen Verfahren

Behandlung von abdominalen Notfällen mit laparoskopischen und offenen Verfahren

Ambulante Operationen (Port- Katheter, Leisten- und Nabelhernien, u. a.)

Wund- und Stoma-Management und Versorgung

Unserer gesamtes Leistungsspektrum findet sich auch auf der Internetseite des SKK unter:

<http://krankenhaus-kiel.de/kliniken/chirurgische-klinik/allgemeines-der-chirurgischen-klinik/>

Chirurgische Klinik

Leitung: Prof. Dr. Ilka Vogel
Sekretariat: Astrid Lühder

Tel: 0431 1697 - 1601
Fax: 0431 1697 - 1602
Mail: astrid.luehder@krankenhaus-kiel.de



„Altersgerechte Versorgung ist unsere Herausforderung der Gegenwart und Zukunft“

Dr. Weber | Leiter der Unfallchirurgischen Abteilung

Unsere Kompetenzen im Überblick:

Die Unfallchirurgische Abteilung in unserem Haus bietet das gesamte Spektrum der operativen sowie konservativen Frakturversorgung an Extremitäten und Wirbelsäule sowie der konservativen Therapie am Becken in jedem Lebensalter an.

Alterstraumatologie: Frakturversorgung mit besonderem Schwerpunkt der Alterstraumatologie

Kindertraumatologie

Kinderorthopädie mit Diagnostik sowie Versorgung von angeborenen sowie erworbenen Fehlbildungen einschließlich:

Klumpfußbehandlung nach Ponseti

Posttraumatischen Wachstumsstörungen

Akut-traumatologische sowie rekonstruktive Verfahren an der Wirbelsäule Orthopädische Eingriffe, z. B. Hüftprothesenimplantationen

Handchirurgie

Gelenkchirurgie einschließlich Frakturprothetik des Hüft- und Schultergelenkes

Berufsgenossenschaftliche Behandlung

Schwerverletztenversorgung nach ATLS -Standard

Unserer gesamtes Leistungsspektrum findet sich auch auf der Interseite des SKK unter:
<http://krankenhaus-kiel.de/kliniken/chirurgische-klinik/allgemeines-der-chirurgischen-klinik/>

Unfallchirurgischen Abteilung, D-Arzt

Leitung: Dr. Weber
Sekretariat: Rita Jünke

Tel: 0431 1697 - 1699
Fax: 0431 1697 - 1695
Mail: rita.juenke@krankenhaus-kiel.de

B-6 Chirurgische Klinik

B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Chirurgische Klinik
Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1500)
Art: Hauptabteilung
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Ilka Vogel
Funktion / Chefärztin
Arbeitsschwerpunkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 1601
Telefax: 0431 / 1697 - 1602
E-Mail: ilka.vogel@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/chirurgische-klinik>

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
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	Eingeschränktes Operatives Spektrum.
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
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	In Kooperation mit einem plastischen Chirurgen (Konsiliararzt).
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie	
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie	
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie	
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/ Sporttraumatologie	
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie	Kyphoplastie, dorsale Instrumentierung, ventrale Abstützungen mit Wirbelkörperersatz, Fusionsoperationen, Dekompressionen
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie	Primärversorgung, ggf. Verlegung in ein Brandverletztenzentrum.
VC45	Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven	Nervennähte nach Verletzung, Carpaltunnel-Syndrom
VC51	Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerz-erkrankungen	
VC53	Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	Bei höhergradigen SHT, Verlegung in die Klinik für Neurochirurgie UKSH Campus Kiel.
VC65	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie	
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	In Kooperation mit einem plastischen Chirurgen (Konsiliararzt).
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde	Allgemeine Unfallchirurgische Sprechstunde, Kinder-Orthopädisch / -Unfallchirurgische Sprechstunde, BG-Sprechstunde, Interdisziplinäre Onkologische Ambulanz, Privatsprechstunde Visceral- / Thorax-Chirurgisch sowie auch Orthopädisch / Unfallchirurgisch.
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin	In Kooperation mit der Anästhesie.
VC71	Allgemein: Notfallmedizin	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	Elektive Implantation Schulter-, Hüft- und Ellenbogenprothesen
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VO21	Traumatologie	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche	
VX00	Sonderzulassung für die ambulante Behandlung von dementen und oder pflegebedürftigen, liegend transportierten und im SKK vorbehandelten Patienten	
VX00	Sonderzulassung Zulassung für Abzessspaltungen/Hauteingriffe auf Zuweisung durch Chirurgen	
VX00	Teilnahme am Kieler Notarztwagensystem in Kooperation mit der Feuerwehr	
VX00	Zentrum für Alterstraumatologie (DGU)	

B-6.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2.019
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	34

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteinleiden	222
2	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	131
3	K35	Akute Blinddarmentzündung	123
4	S06	Verletzung des Schädelinneren	112
5	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	82
6	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	79
7	K40	Leistenbruch (Hernie)	69
8	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	62
9	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	59
10	S52	Knochenbruch des Unterarmes	53

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	1.318
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	440
3	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	311
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	298
5	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	248
6	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	247
7	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	188
8	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	183
9	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	154
10	1-771	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen	148

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chirurgische Ambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Nr.	Angebotene Leistung
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
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC68	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Mammachirurgie
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
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
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC45	Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC51	Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzkrankungen

Nr.	Angebotene Leistung
VC65	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
VC00	Handsprechstunde
VC00	Diabetische Fußambulanz
VC00	Stomasprechstunde
VC00	Interdisziplinäre Tumorambulanz (in Zusammenarbeit mit den internistischen Kliniken)

BG-Ambulanz

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC68	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Mammachirurgie
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
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
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie

Nr.	Angebotene Leistung
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC51	Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC65	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
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-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Schwerere und ausgedehntere Berufsunfälle im Sinne des Verletztenartenverfahren (VAV) der Berufsgenossenschaften können im Städtischen Krankenhaus Kiel allerdings nicht behandelt werden.

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	23,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,92
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,33
– davon stationäre Versorgung	22
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	13,8
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,47
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,33
– davon stationäre Versorgung	12,85
– davon ambulante Versorgungsformen	0,95

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF19	Kinder-Orthopädie
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF34	Proktologie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie
ZF44	Sportmedizin

B-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	35,62	3 Jahre	auch Notfallsanitäter/-in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	34,49		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,13		
– davon stationäre Versorgung	31,08		
– davon ambulante Versorgungsformen	4,54		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,75	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,75		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,14	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,14		
– davon stationäre Versorgung	0,14		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0,44	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,44		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,44		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,07	2 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,07		
– davon stationäre Versorgung	0,07		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,07	1 Jahr	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,02		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05		
– davon stationäre Versorgung	1,07		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	2,05	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,98		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,07		
– davon stationäre Versorgung	2,05		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Medizinische Fachangestellte	5,32	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,32		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	2,35		
– davon ambulante Versorgungsformen	2,97		

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care

B-6.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	0,18
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,18
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,18
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften



Qualitätsbericht 2022 Viszeralmedizinische Klinik

Die Viszeralmedizinische Klinik des SKK befasst sich mit der Erkennung und Behandlung von Erkrankungen des Bauchraums und der Verdauungsorgane. Dabei lebt sie von einer engen Verzahnung der beiden Fachrichtungen Gastroenterologie (Spezialisierung auf den Magen-Darm-Trakt, die Leber, Gallenwege und Pankreas innerhalb der Inneren Medizin) und der Viszeralchirurgie (Fachrichtung innerhalb der Chirurgie). Das interdisziplinäre Team aus Gastroenterologen und Viszeralchirurgen beurteilt gemeinsam die jeweiligen Beschwerden und

Untersuchungsbefunde von den auf dieser Station aufgenommenen Patientinnen und Patienten und trifft Entscheidungen zur Weiterbehandlung. Dabei wird geklärt, ob eine Operation notwendig ist, oder ob eine nicht-operative Therapie (z.B. endoskopisch, medikamentös) zur Behandlung der jeweiligen Erkrankung durchgeführt wird. Auf der gemeinsamen Station C2M3 steht für diese Aufgaben ein hochqualifiziertes und kompetentes Team aus Ärzten und Pflegekräften zur Verfügung.



„Die gemeinsame Behandlung von Patienten mit abdominellen Krankheitsbildern interdisziplinär durch Chirurgen und Gastroenterologen auf einer Station birgt erhebliche Vorteile für die Patienten.“

Prof. Dr. Vogel | Chefärztin Chirurgische Klinik



PD Dr. Ullrich | Chefarzt 3. Medizinische Klinik

Unsere Kompetenzen im Überblick

Enge Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachdisziplinen und allen Mitarbeitern

Wir bringen gemeinsame Kompetenz direkt ans Bett des Patienten

Zeitnahe Diagnostik und Therapie

Kontinuität in der Patientenbetreuung

Viszeralmedizinische Klinik

Leitung: Prof. Dr. Ilka Vogel / PD Dr. Ullrich
Sekretariat: Astrid Lühder

Tel: 0431 1697 - 1601
Fax: 0431 1697 - 1602
Mail: astrid.luehder@krankenhaus-kiel.de

B-7 Viszeralmedizin

B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Viszeralmedizin
Schlüssel: Visceralchirurgie (3757)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Ilka Vogel
Funktion / Chefärztin
Arbeitsschwerpunkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 1601
Telefax: 0431 / 1697 - 1602
E-Mail: astrid.luehder@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/chirurgische-klinik>

Name: PD Dr. Sebastian Ullrich
Funktion / Chefarzt
Arbeitsschwerpunkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 1300
Telefax: 0431 / 1697 - 1302
E-Mail: 3med@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
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
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC60	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
VC61	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Dialyseshuntchirurgie

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC68	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Mammachirurgie
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	
VII0	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VII1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VII2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VII3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VII4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VII5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VII6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VII7	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VII8	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VII9	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI35	Endoskopie
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche	
VX00	Teilnahme am Kieler Notarztwagensystem in Kooperation mit der Feuerwehr
VX00	Zertifiziertes Darmkrebszentrum (DKG)
VX00	Zertifiziertes Onkologisches Zentrum (DKG)
VX00	Zertifiziertes Pankreaskrebszentrum (DKG)

B-7.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1.179
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	33

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteinleiden	197
2	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	75
3	K35	Akute Blinddarmentzündung	71
4	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	54
5	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	40
6 – 1	K40	Leistenbruch (Hernie)	29
6 – 2	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	29
8	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	27
9	S06	Verletzung des Schädelinneren	22
10	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	21

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	633
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	282
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	205
4	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	188
5	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	154
6	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	142
7	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	140
8	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	126
9	5-469	Sonstige Operation am Darm	123
10	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	97

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	8,15
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,15
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,15
– davon ambulante Versorgungsformen	0

	Anzahl ¹
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,78
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,78
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,78
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ23	Innere Medizin
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF07	Diabetologie
ZF28	Notfallmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-7.1.1.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	15	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,59	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,41	
– davon stationäre Versorgung	15	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0,01	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	0,01	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,08	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08	
– davon stationäre Versorgung	0,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,06	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06	
– davon stationäre Versorgung	0,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	2,09	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,94	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,15	
– davon stationäre Versorgung	2,09	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,29	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04	
– davon stationäre Versorgung	0,29	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,98	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,98	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen
Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZPI 4	Schmerzmanagement
ZPI 5	Stomamanagement
ZPI 6	Wundmanagement
ZPI 9	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care

Die Leistungen der Abteilung für **Anästhesie und Operative Intensivmedizin** stehen den Kliniken für Chirurgie mit Traumatologie und Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, sowie den nicht-operativen Kliniken durchgehend zur Verfügung.

„Für jede Patientin und jeden Patienten wird in individueller Abwägung das am besten geeignete Anästhesieverfahren ausgewählt und ausführlich im Vorfeld besprochen“

Moderne Anästhesie-Verfahren und Behandlungskonzepte

Bei unseren Patienten aller Altersstufen ab dem 1. Lebensjahr werden alle gängigen modernen Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie eingesetzt. Hierzu zählen auch spezielle Regionalanästhesieverfahren wie z.B. die „Bauchwand-Blockade“ zur begleitenden Schmerztherapie in der Geburtshilfe bei Kaiserschnittentbindungen, bei Leistenhernien-Operationen sowie bei Operationen am Darm und an der Prostata. Für die perioperative Schmerztherapie steht täglich ein Akutschmerzdienst zur Verfügung.

Weiterhin bieten wir zunehmend interdisziplinär ausgerichtete perioperative Behandlungskonzepte an, mit dem Ziel den Patienten bestmöglich vorbereitet in die

Operation zu bringen und ihn besser und auch schneller aus dem Krankenhaus entlassen zu können. Es handelt sich hierbei um multimodale Behandlungskonzepte, welche ausschließlich auf evidenz-basierten Therapieansätzen beruhen, wie zum Beispiel das „Patient Blood Management“.

Auf der Operativen Intensivstation werden jedes Jahr ca. 800 Patienten auf bis zu 12 Behandlungsplätzen betreut. Die Station ist mit neuester Technik ausgestattet und ermöglicht die Therapie von Patienten mit akuten, lebensbedrohlichen Krankheiten. Versorgt werden die Patienten rund um die Uhr von einem Team speziell ausgebildeter Ärzte und Pflegekräfte. Von dieser Intensivstation aus wird auch die Akutversorgung von innerklinischen Notfällen auf den operativen Stationen gewährleistet.

Im Bereich der außerklinischen Notfallmedizin beteiligt sich die Abteilung seit vielen Jahren maßgeblich am Notarzt-System der Stadt Kiel und den angrenzenden Gemeinden. der Stadt Kiel und der angrenzenden Gemeinden.



„Wir begleiten unsere Patienten, die einer Operation bedürfen durchgehend von der Aufklärung vor der Operation (Prämedikation) über die Anästhesieführung während der Operation bis zur Überwachung oder Intensivtherapie nach der Operation.“

Prof. Dr. Renner | Chefarzt Anästhesie und operative Intensivmedizin

Unsere Kompetenzen im Überblick

Anästhesieführung bei Patienten der Altersgruppe über 1 Jahr und jeglicher Risikoeinstufung

Regionalanästhesieverfahren

Koordination des OP-Betriebes

Periduralanalgesie in der Geburtshilfe

Operative Intensivmedizin

Intermediate-Care-Einheit

Langzeitbeatmung

Beatmungsentwöhnung

Nierenersatztherapie

Teilnahme am Notarztsystem der Stadt Kiel

Einsatz interdisziplinärer Behandlungskonzepte zur schnelleren Genesung der Patienten

Anästhesie und operative Intensivmedizin

Leitung: Prof. Dr. Renner
Sekretariat: Maike Jepsen

Tel: 0431 1697 - 1501
Fax: 0431 1697 - 1511
Mail: anaesthesie@krankenhaus-kiel.de

B-8 Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin

B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin
Schlüssel: Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie (3650)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Jochen Renner
Funktion / Chefarzt
Arbeitsschwerpunkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 1501
Telefax: 0431 / 1697 - 1511
E-Mail: anaesthesie@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/anaesthesie-intensivmedizin>

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Alle invasiven und nicht-invasiven Beatmungsformen
VX00	Allgemeinanästhesie
VX00	Extrakorporale Nierenersatztherapie
VX00	Operative Intensivtherapie mit invasiver hämodynamischer Monitorüberwachung
VX00	Regionalanästhesie
VX00	Schmerztherapie, insbesondere in der Geburtshilfe und konsiliarisch von stationären Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen
VX00	Teilnahme am Kieler Notarztwagensystem in Kooperation mit der Feuerwehr

B-8.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 70
Teilstationäre Fallzahl: 0
Anzahl Betten: 11

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
I – 1	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	4
I – 2	K81	Gallenblasenentzündung	4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3 – 1	I21	Akuter Herzinfarkt	< 4
3 – 2	G30	Alzheimer-Krankheit	< 4
3 – 3	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	< 4
3 – 4	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	< 4
3 – 5	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	< 4
3 – 6	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
3 – 7	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
3 – 8	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	< 4
3 – 9	C17	Dünndarmkrebs	< 4
3 – 10	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	< 4
3 – 11	K80	Gallensteinleiden	< 4
3 – 12	J10	Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren	< 4
3 – 13	I50	Herzschwäche	< 4
3 – 14	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	< 4
3 – 15	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	< 4
3 – 16	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	< 4
3 – 17	S52	Knochenbruch des Unterarmes	< 4
3 – 18	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	< 4
3 – 19	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdeile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	< 4
3 – 20	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	< 4
3 – 21	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	< 4
3 – 22	I78	Krankheit der kleinsten Blutgefäße (Kapillaren)	< 4
3 – 23	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4
3 – 24	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	< 4
3 – 25	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
3 – 26	J43	Lungenüberblähung - Emphysem	< 4
3 – 27	K25	Magengeschwür	< 4
3 – 28	K42	Nabelbruch (Hernie)	< 4
3 – 29	I95	Niedriger Blutdruck	< 4
3 – 30	S51	Offene Wunde des Unterarmes	< 4
3 – 31	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	< 4
3 – 32	G12	Rückbildung von Muskeln (Muskelatrophie) durch Ausfall zugehöriger Nerven bzw. verwandte Störung	< 4
3 – 33	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	< 4
3 – 34	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	< 4
3 – 35	S39	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Verletzung des Bauches, der Lenden oder des Beckens	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3 – 36	K63	Sonstige Krankheit des Darms	< 4
3 – 37	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	< 4
3 – 38	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	< 4
3 – 39	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	< 4
3 – 40	S06	Verletzung des Schädelinneren	< 4
3 – 41	S36	Verletzung von Bauchorganen	< 4
3 – 42	A46	Wundrose - Erysipel	< 4
3 – 43	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	< 4
3 – 44	K26	Zwölffingerdarmgeschwür	< 4

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	107
2	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	43
3 – 1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	41
3 – 2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	41
5 – 1	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	36
5 – 2	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	36
7	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	29
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	26
9	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	25
10 – 1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	23
10 – 2	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	23

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	24,3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	24,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	19,89
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,89
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	19,89
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	Spezielle operative Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

B-8.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	30,08	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,11		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,97		
– davon stationäre Versorgung	30,08		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,07	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,07		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,07		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0,4	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,4		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,4		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,53	1 Jahr	auch Altenpflegehelfer/-in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,53		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,53		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,75	ab 200 Std.	Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,75		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Medizinische Fachangestellte	0,81	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,81		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,81		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen
Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement



Qualitätsbericht 2022 Frauenklinik

Moderne, familienfreundliche Geburtshilfe, ein breites Angebot unterschiedlicher Geburtsmethoden und die intensive Beratung und Betreuung bereits während der Schwangerschaft sind die besonderen Merkmale unserer **Frauenklinik**.

„Mit ca. 2.000 Geburten pro Jahr stellen wir seit Jahren einen der geburtenstärksten Kreißsäle des Landes.“

Von der sanften Wassergeburt bis zum Kaiserschnitt – die individuelle Betreuung auf höchstem medizinischen Niveau ist immer gewährleistet. Eine gute und enge Zusammenarbeit mit den Kollegen der Kinderklinik in unserem Perinatalzentrum Level II bietet Ihnen zusätzliche Sicherheit und schafft ebenso wie die vielfältigen Möglichkeiten zur Geburtsvorbereitung alle Voraussetzungen für eine stressfreie Schwangerschaft und sichere Geburt.

Im Hause stehen Ihnen sämtliche modernen Diagnose- und Behandlungseinrichtungen zur Verfügung. So können wir eine umfangreiche vorgeburtliche Diagnostik und die optimale medizinische Betreuung von Risikoschwangerschaften (z. B. bei Diabetikerinnen) gewährleisten.

Ein hochkompetentes Team aus Chefarzt, Fachärzten und Assistenzärzten kümmert sich um Sie und Ihre Anliegen zu allen Gebieten rund um die Geburtshilfe und Gynäkologie.

Im Bereich der Geburtshilfe arbeiten wir nun seit 30 Jahren erfolgreich mit dem Hebammen-Team Kiel zusammen.

In den Jahren dieser Zusammenarbeit sind bei uns mehr als 55.000 Kinder auf die Welt gekommen und mit ca. 1.800 Geburten pro Jahr waren wir wieder einer der geburtenstärksten Kreißsäle Schleswig Holsteins. Mutter und Kind werden hierbei bestens betreut und durch die enge Zusammenarbeit mit unserer Kinderklinik ist auch die Versorgung von Frühgeborenen gewährleistet.

Mit langjähriger Erfahrung, medizinischer Fachkompetenz und Einfühlungsvermögen begleiten wir Sie, immer mit dem Anspruch Ihnen eine glückliche und vor allem sichere Geburt zu gewährleisten.



„Unser Anspruch als gynäkologisches Krebszentrum ist es leitliniengerechte und hochmoderne Schulmedizin mit der Patientin als Individuum im Mittelpunkt anzuwenden.“

Dr. André Hohn | Chefarzt Frauenklinik

Unsere Kompetenzen im Überblick

Großzügige und freundlich eingerichtete Familienzimmer

Zentrum für minimalinvasive Chirurgie

Gynäkologisches Krebszentrum zertifiziert nach DIN ISO und durch die deutsche Krebsgesellschaft (Onkozert)

Spezialisierte Diagnostik und Therapie bei Beckenbodenschwäche und Inkontinenz

Onkoplastische Operationen und Wiederherstellungsoperationen für den gesamten Bereich der Frauenheilkunde – auch in Kooperation mit plastischen Chirurgen

Frauenklinik

Leitung: Dr. André Hohn
Sekretariat: Gabriele Ellen

Tel: 0431 1697 - 1701
Fax: 0431 1697 - 1702
Mail: gaby.ellen@krankenhaus-kiel.de

B-9 Frauenklinik

B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Frauenklinik
Schlüssel: Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2400)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. André Hohn
Funktion / Chefarzt
Arbeitsschwerpunkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 1701
Telefax: 0431 / 1697 - 1702
E-Mail: andre.hohn@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/frauenklinik>

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe	Kommentar / Erläuterung
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	In Kooperation mit niedergelassenen Plastischen Chirurgen.
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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe	Kommentar / Erläuterung
VG15	Spezialsprechstunde	Inkontinenz-Beratungsstelle, Onkologische Sprechstunde, Dysplasie Sprechstunde.
VG16	Urogynäkologie	Urodynamischer Messplatz.
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	

B-9.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	4.907
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	41

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	1.539
2	O70	Dammriss während der Geburt	518
3	O71	Sonstige Verletzung während der Geburt	287
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	225
5	O42	Vorzeitiger Blasensprung	193
6	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	192
7	O80	Normale Geburt eines Kindes	119
8	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	84
9	C56	Eierstockkrebs	82
10	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	81

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.568
2	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	1.157
3	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	958
4	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	658
5	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	543
6	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	461
7	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	154
8	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	139
9	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	126
10	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	117

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	16,79
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,72
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,07
– davon stationäre Versorgung	12,54
– davon ambulante Versorgungsformen	4,25
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,41
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,34
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,07
– davon stationäre Versorgung	4,16
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25

¹ Angabe in Vollkräften

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
AQ21	Humangenetik

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF27	Naturheilverfahren
ZF30	Palliativmedizin

B-9.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	16,96	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,38	
– davon stationäre Versorgung	15,69	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,27	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	11,85	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,84	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	11,85	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,03	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03	
– davon stationäre Versorgung	0,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0,4	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,53	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,53	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,53	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,75	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,75	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	30	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	4,69	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,69	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,92	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,77	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care



Qualitätsbericht 2022 Klinik für Urologie

An der **Klinik für Urologie** wird unseren Patienten fast das gesamte Spektrum an urologischer Diagnostik und Behandlung angeboten. Angefangen von kleinen Eingriffen am äußeren Genitale (z.B. Vorhautverengung, Wasserbruch des Hodens usw.) werden vor allem größere Tumoroperationen der Niere, Blase und Prostata durchgeführt.

Die Klinik ist Teil des Onkologischen Zentrums im SKK. Uroonkologische Patient*innen werden im Rahmen der interdisziplinären Versorgungsstrukturen des Zentrums umfassend versorgt.

„Die enge Zusammenarbeit mit den anderen Fachabteilungen unseres großen Krankenhauses gewährleistet eine umfassende Betreuung auch über Ihre urologische Erkrankung hinaus.“

In Kooperation mit der Klinik für Strahlentherapie des UKSH werden weiterhin verschiedene strahlentherapeutische Behandlungen bei Prostatakrebs angeboten.

Auch die Chemotherapie urologischer Tumorerkrankungen ist fest etabliert. Einen großen Bereich der operativen Maßnahmen nehmen die sogenannten endourologischen Verfahren ein, d.h. die Operationen erfolgen endoskopisch durch die Harnröhre mittels Videosystem.

Die Möglichkeit einer narkosefreien Stoßwellentherapie ergänzt das Angebot der Harnsteintherapie. Ebenfalls werden Operationen zur Behandlung verschiedener Harninkontinenzformen bis zum Einsetzen eines künstlichen Schließmuskels vorgenommen.

Die Klinik wird dabei in einem Kollegialsystem durch die Fachärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis Prüner Gang geleitet. So kann bei unseren Patienten eine umfassende urologische Versorgung eng verzahnt zwischen ambulanter Versorgung und stationärer Behandlung erfolgen.

Das Team erfahrener Fachärzte für Urologie sowie die breit ausgebildeten Pflegekräfte stehen Ihnen rund um die Uhr mit modernster Technik zur Verfügung. Ein großer Vorteil einer Gemeinschaftspraxis ist das breitgefächerte Wissen.

Als siebenköpfiges Ärzteteam bilden wir das gesamte Spektrum der Urologie ab und ermöglichen unseren Patienten eine schonende und effektive Behandlung – mit größter Sorgfalt und aktuellem Fachwissen.

„Im Rahmen von mehr als 1.300 stationären Behandlungen und etwa 650 ambulanten Operationen pro Jahr bildet die Urologische Klinik fast das gesamte Spektrum der Urologischen Versorgung ab.“

Das Team der SKK Urologie

Unsere Kompetenzen im Überblick

Transurethrale Resektion der Harnblase (TURB)
Transurethrale Resektion der Prostata (TURP)
Harnröhreninzision/-schlitzung
Einlage, Wechsel, Entfernung von Harnleiterschienen
Ureterorenoskopie und Entfernung von Nierensteinen
Offene Steinentfernung bzw. offene Harnleiteroperationen
Offene Prostataadenomenukleation
Radikale Prostatektomie inklusive Samenblase und Lymphknotenentfernung
Zystektomie und Harnableitung
Nephrektomie und Nierenteilresektionen
Inkontinenzoperationen (Frau und Mann)
Sphinkterprothesen- und Penisprothesen-Implantation
Laparoskopische Nierenchirurgie
Operationen am äußeren Genitale (Zirkumzision, Frenulumplastik, Hodenhochstand, Vasektomien, Wasserbruch, Nebenhoden, Spermatozele, Varikozele, Hodentumor)

Klinik für Urologie

Dr. Nils Nürnberg, Sebastian Bach, Hana Massad, Ashley Macquarrie,
PD Dr. Jan Lehmann, PD Dr. Christof van der Horst, Dr. Ole Müller,
PD Dr. Moritz Hamann

Tel: 0431 1697 - 1910
Fax: 0431 1697 - 1912

B-10 Klinik für Urologie

B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Klinik für Urologie

Schlüssel: Urologie (2200)

Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: PD Dr. Jan Lehmann

Funktion / Chefarzt

Arbeitsschwer-
punkt:

Telefon: 0431 / 1697 - 1910

E-Mail: jan.lehmann@krankenhaus-kiel.de

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/urologie>

Name: PD Dr. Christof van der Horst

Funktion / Chefarzt

Arbeitsschwer-
punkt:

Telefon: 0431 / 1697 - 1910

E-Mail: Christof.vanderHorst@krankenhaus-kiel.de

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	Urologischer Durchleuchtungstisch.
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie	
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Doppler-sonographie	
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie	
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie	Transrektaler Ultraschall (Prostata)
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	Urologischer Durchleuchtungstisch.
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
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	
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie	Eigener Durchleuchtungstisch für urologische Interventionen.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie	Kommentar / Erläuterung
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	Steinleiden
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	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	zur Früherkennung des Prostatakarzinoms, zur Nierenstein-Prophylaxe sowie zu Inkontinenz. (nur in der Praxis)
VU17	Prostatazentrum	

B-10.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1.253
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	18

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	285
2	C67	Harnblasenkrebs	254

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	214
4	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	100
5	N30	Entzündung der Harnblase	76
6	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	34
7	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	33
8	C61	Prostatakrebs	27
9	R33	Unvermögen, trotz Harndrang und voller Blase Urin zu lassen	23
10	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	22

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	481
2	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	428
3	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	297
4	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	291
5	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	276
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	150
7	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	134
8	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	95
9	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	94
10	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	88

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die ambulante Behandlung, findet in der Arztpraxis der Belegärzte statt:

Urologische Gemeinschaftspraxis

Dr. N. Nürnberg, PD Dr. J. Lehmann, PD Dr. van der Horst, S. Bach, Hr. Massad

Prüner Gang 15

24103 Kiel

Tel.: 0431-2604290

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	7,4
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,4
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7,4
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,4
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,4
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7,4
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ60	Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF04	Andrologie
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie

B-10.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	12,7	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,69	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,01	
– davon stationäre Versorgung	12,43	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,27	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0,29	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,12	
– davon stationäre Versorgung	0,29	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0,15	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,15	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,01	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	0,01	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,77	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	0,77	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,48	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,48	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,28	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen
Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
-----	--

PQ07	Pflege in der Onkologie
------	-------------------------

PQ20	Praxisanleitung
------	-----------------

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
-----	-----------------------

ZPI 6	Wundmanagement
-------	----------------



Das Städtische Krankenhaus Kiel ist als besonders kinderfreundliches Krankenhaus bekannt. Ein Besuch der Eltern oder Bezugspersonen/Erziehungsberechtigten während des Aufenthaltes ihres Kindes auf den Kinderstationen ist jederzeit gewünscht, denn dies erleichtert dem Kind den Klinikaufenthalt. Die Mitaufnahme von Begleitpersonen ermöglichen wir direkt im Zimmer des kleinen Patienten.

In der Kinderklinik werden alle wesentlichen Krankheiten von Kindern und Jugendlichen diagnostiziert und behandelt.

Wir vertreten eine ganzheitliche Kinder- und Jugendmedizin mit Blick auf Kind und Familie.

„In unseren Spezialambulanzen für Neuropädiatrie, Mukoviszidose, Kinder-Gastroenterologie, Kinderpneumologie und Kinderallergologie und Diabetes mellitus werden Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten umfassend betreut“.

Die medizinischen Schwerpunkte liegen in der Behandlung Früh- und Neugeborener, von Kindern mit neurologischen Erkrankungen, mit Diabetes mellitus, Erkrankungen der Atemwege und Lunge, Allergien, mit Magen-Darm-Erkrankungen und mit Mukoviszidose.

Im zentralen Aufnahmebereich der Kinderklinik finden geplante und ungeplante Aufnahmen rund um die Uhr statt. So stellen wir sicher, dass außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Kinderärzte die Versorgung von kranken Kindern gewährleistet ist.

Die Betreuung der Neu- und Frühgeborenen ist optimal organisiert: Frauen- und Kinderklinik befinden sich Wand an Wand unter einem Dach und bilden zusammen ein Perinatalzentrum. Eltern können sich damit auf eine entwicklungsfördernde, hochqualifizierte Betreuung ihrer Frühgeborenen verlassen.

Als eine der ersten Neugeborenenabteilungen in Norddeutschland wenden wir die „Sanfte Pflege“ und die Kängurumethode an, die sich besonders entwicklungsfördernd auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken. Speziell ausgebildete Still- und Laktationsberaterinnen unterstützen bei Fragen rund ums Stillen.



„Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des SKK vertritt eine ganzheitliche Kinder- und Jugendmedizin mit Blick auf Kind und Familie.“

PD Dr. med. T. Ankermann | Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Unsere Kompetenzen im Überblick

Neonatologie

Von Frühgeborenen mit Intensivbehandlung bis zur Mituntersuchung gesunder Neugeborener, Beratung und Unterstützung der jungen Familien.

Akut kranke Kinder und Jugendliche

Kompetente, zielgerichtete Diagnostik und umfassende Behandlung mit Einbeziehung der Familie.

Chronisch kranke Kinder

Ob Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen, Anfallsleiden, neurologische Erkrankungen, Magen- und Darmkrankheiten, Krankheiten von Atemwegen und Lunge, Allergien oder Mukoviszidose Diabetes mellitus – die stationäre Behandlung wird sinnvoll ergänzt durch ambulante Mitbetreuung in unseren Spezialsprechstunden.

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Leitung: PD Dr. med. Tobias Ankermann
Sekretariat: Julia Wieland

Tel: 0431 1697 - 1801
Fax: 0431 1697 - 1802
Mail: kinderklinik@krankenhaus-kiel.de

B-11 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Schlüssel: Pädiatrie (1000)
Art: Hauptabteilung
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: PD Dr. Tobias Ankermann
Funktion / Chefarzt
Arbeitsschwerpunkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 1801
Telefax: 0431 / 1697 - 1802
E-Mail: kinderklinik@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/kinderklinik-und-jugendmedizin>

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie	Kommentar / Erläuterung
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herz-erkrankungen	Diagnostik keine operative Therapie
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Leber-, Lungentransplantation.
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäß-erkrankungen	insbesondere Hämangiome.
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	Screening Neugeborene Diagnostik, keine operative Therapie.
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	Diabetes-Ambulanz mit Insulinpumpenbetreuung DMP- Programm.
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten bestehen in unserer Spezialsprechstunde für Kindergastroenterologie.
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	im Rahmen des Mukoviszidose- Zentrums.
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) hämato- logischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie	Kommentar / Erläuterung
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	insbesondere Mukoviszidose mit eigener Spezialsprechstunde
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	insbesondere Epilepsien und Kopfschmerzen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuro-metabolischen/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	nur Zwillinge
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten	
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	für Neuropädiatrie, Diabetes mellitus, Kindergastroenterologie, Mukoviszidose.
VK30	Immunologie	
VK31	Kinderchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VK33	Mukoviszidosezentrum	
VK34	Neuropädiatrie	
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum	
VK36	Neonatologie	
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen	
VK00	Medizinische Versorgung von Findelkindern aus der Babyklappe	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Perinatalzentrum

B-11.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2.135
Teilstationäre Fallzahl:	154
Anzahl Betten:	41

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	223
2	P36	Blutvergiftung (Sepsis) durch Bakterien beim Neugeborenen	108
3	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	99
4	J20	Akute Bronchitis	92
5 – 1	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	80
5 – 2	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	80
7	A08	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger	74
8	P22	Atemnot beim Neugeborenen	60
9	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-I	54
10	K35	Akute Blinddarmentzündung	52

B-11.7 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	707
2	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	394
3	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	328
4	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	238
5	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	188
6	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	171
7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	151
8	8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	148
9	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	137
10	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste I des Prozedurenkatalogs	132

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Neuropädiatrie

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

Nr.	Angebotene Leistung
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten
VK34	Neuropädiatrie
VK00	Diagnostik und Therapie von Epilepsien
VK00	Entwicklungsneurologische Nachkontrolle von Hochrisikoneu- und frühgeborenen

Diabetes mellitus

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

Nr.	Angebotene Leistung
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK00	Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus bei Kindern

Kindergastroenterologie

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

Nr.	Angebotene Leistung
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
VK29	Spezialsprechstunde
VK00	Diagnostik und Therapie aller chronischen Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

Mukoviszidose

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

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Durch die [Urologische Klinik](#) werden ambulante Operationen (z.B. Phimosen) bei Kindern durchgeführt und in der Kinderklinik betreut.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

stationäre BG-Zulassung

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	17,09
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,09
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	15,89
– davon ambulante Versorgungsformen	1,2
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	10,53
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,53
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,33
– davon ambulante Versorgungsformen	1,2

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF02	Akupunktur	
ZF07	Diabetologie	
ZF15	Intensivmedizin	Spezielle pädiatrische Intensivmedizin
ZF17	Kinder-Gastroenterologie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	

B-11.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	2,33	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,33	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,68	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,65	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	48,03	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	48,03	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	47,26	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,77	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0,6	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0,72	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,72	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,72	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,35	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,35	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,35	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,99	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,99	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,99	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	- Beraterin DDG
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP26	Epilepsieberatung	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-11.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	0,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,25
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften



Qualitätsbericht 2022 Geriatrische Klinik

Die Geriatrische Klinik des SKK ist mit ihren 100 vollstationären und 20 teilstationären Behandlungsplätzen bestens aufgestellt für die Behandlung von älteren Patienten, die häufig an mehreren, meist chronischen Krankheiten leiden und bei akuter Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit bedroht sind. Zusätzlich zur akutmedizinischen Diagnostik und Therapie bietet die Klinik für Geriatrie älteren Patienten eine frühzeitig einsetzende, individuell abgestimmte Rehabilitationsbehandlung an.

„So viel Hilfe wie nötig – so viel Selbstständigkeit wie möglich“

Diese Aufgabe wird von einem interdisziplinär arbeitenden Team aus geriatrisch erfahrenen Fachärzten für Neurologie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin sowie Pflegekräften, Physiotherapeuten, Masseuren, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen und Sozialpädagogen erfüllt.

Ziel ist, bedrohte oder verloren gegangene Alltagsfertigkeiten wiederzuerlangen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Selbstverständlich arbeitet die Klinik für Geriatrie eng mit den übrigen Kliniken des Städtischen Krankenhauses zusammen. Auch als Verlegung aus anderen Krankenhäusern oder durch Einweisung ambulant behandelnder Ärzte gelangen geriatrische Patienten zur Aufnahme.

Für Menschen, die im Rahmen einer Krankenhausbehandlung einer besonderen Unterstützung wegen

eingeschränkter Hirnleistung bedürfen, wurde ein geschützter Bereich, die sogenannte „Insel“ eingerichtet.

2021 erfolgte die Re-Zertifizierung als Alterstraumatologisches Zentrum. Hier arbeitet die Geriatrische Klinik mit der Unfallchirurgie des Städtischen Krankenhauses auf einer gemeinsamen alterstraumatologischen Station besonders eng zusammen. Des Weiteren besteht im Rahmen des Zentrums für Alterstraumatologie eine Kooperation mit den unfallchirurgischen Abteilungen des Lubinus Clinicums und der Universitätsklinik Kiel.

Montags bis freitags zwischen 8:00 und 15:15 Uhr wird das gesamte geriatrische Leistungsspektrum auch teilstationär in unserer Tagesklinik angeboten. Ein Fahrdienst sichert den Hin- und Rücktransport unserer – auch gehbehinderten – Patienten.

Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht die individuelle medizinische Therapie und Frührehabilitation.

Sinnvoll und Erfolg versprechend ist die Behandlung in der Geriatrischen Klinik oder Tagesklinik zum Beispiel nach einem Unfall mit Verletzungsfolgen, nach Operationen, bei einem Schlaganfall, bei schweren Infekten, bei akuten und chronischen Schmerzzuständen, bei Gangstörungen und Stürzen sowie bei akuter Verschlechterung von chronischen neurologischen und internistischen Vorerkrankungen.



„Gerade die interdisziplinäre Teamarbeit ermöglicht eine hoch spezialisierte Rundumversorgung aller Patienten in der Geriatrie des SKK“

Dr. Thieves | Chefarztin Klinik für Geriatrie

Unsere Kompetenzen im Überblick

Frührehabilitative geriatrische Komplexhandlung

Therapeutisch-aktivierende Pflege

Physiotherapie

Physikalische Therapie

Ergotherapie

Logopädie

Neuropsychologie

Sozialdienst

Diagnostik

Sonografie von Bauch und Schilddrüse

Doppler- und Duplexsonografie hirnversorgender Blutgefäße

EEG

Elektromyografie

Elektroneurografie

Evozierte Potenziale

Langzeit-EKG

Langzeit-Blutdruckmessung

Ergometrie

Echokardiografie

Klinik für Geriatrie

Leitung: Dr. Martina Thieves
Sekretariat: Dorit Stelk

Tel: 0431 1697 - 8101
Fax: 0431 1697 - 8102
Mail: geriatrie@krankenhaus-kiel.de

B-12 Klinik für Geriatrie

B-12.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Klinik für Geriatrie

Schlüssel: Geriatrie (0200)

Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. Martina Thieves

Funktion / Chefarzt

Arbeitsschwerpunkt:

Telefon: 0431 / 1697 - 8101

Telefax: 0431 / 1697 - 8102

E-Mail: geriatrie@krankenhaus-kiel.de

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/geriatriische-klinik>

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
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	
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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	Beckenfraktur
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VII0	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VII1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VII2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VII3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VII4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VII5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VII6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VII7	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VII9	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
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	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN23	Schmerztherapie	

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
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
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie	
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche	
VX00	Zentrum für Alterstraumatologie (DGU)

B-12.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-12.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1.145
Teilstationäre Fallzahl:	294
Anzahl Betten:	140

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	182
2	I50	Herzschwäche	91
3	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	89
4	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	59
5 – 1	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	28
5 – 2	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	28

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	26
8 – 1	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	25
8 – 2	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	25
10	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	22

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt	3.568
2	1-771	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen	1.085
3	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	1.075
4	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	1.041
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	698
6	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	433
7	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	363
8	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	322
9	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	256
10 – 1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	146
10 – 2	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	146

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	16,56
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,56
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	16,56
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	10,35
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,35
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,35
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar / Erläuterung
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	und Nervenheilkunde

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie

B-12.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	39,69	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,56		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,13		
– davon stationäre Versorgung	39,69		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	12,45	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,4		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05		
– davon stationäre Versorgung	12,45		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0,99	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,99		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,99		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0,86	2 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,85		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01		
– davon stationäre Versorgung	0,86		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1,6	1 Jahr	auch Altenpflegehelfer/-in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,58		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02		
– davon stationäre Versorgung	1,6		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	5	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	5		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Medizinische Fachangestellte	3,25	3 Jahre	auch Zahnmed. Fachangestellte
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,25		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	3,25		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen
Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ15	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP16	Wundmanagement

B-12.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	1,11
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,11
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,81
– davon ambulante Versorgungsformen	0,3

¹ Angabe in Vollkräften

In unserer eigenständigen **Praxis für Physiotherapie** im SKK sind sowohl Physiotherapeuten, Masseur, Sportwissenschaftler als auch Sport- und Gymnastiklehrer tätig. Unsere Stärke ist es, eine speziell auf Ihre Bedürfnisse individuell abgestimmte Therapie zu erstellen. Wir beraten Sie auf der Grundlage Ihrer persönlichen Ziele und begleiten Sie durch den gesamten Therapieprozess.

„Mehr als 60 Therapeuten führen jährlich stationär und ambulant über 160.000 Behandlungen an Patienten unserer Kliniken durch.“

Über eine enge Verzahnung der stationär tätigen Therapeuten mit unseren Ärzten und der ambulanten Praxis für Physiotherapie bieten wir Ihnen quasi „Therapie aus einer Hand“. Aber auch wenn Sie ausschließlich in Behandlung eines niedergelassenen Arztes sind, steht Ihnen unsere ambulante Praxis mit sämtlichen Therapieangeboten uneingeschränkt zur Verfügung.

Auf 1.500 m² Therapiefläche kommen moderne, spezialisierte Therapieverfahren aus den Teilgebieten der Physiotherapie, Krankengymnastik, Massagetherapien, Lymphdrainage, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Balneo- (Bäder-) therapie und Thermotherapie (Fango, Eis, Heißluft usw.) zur Anwendung.

In unseren großzügig gestalteten Räumlichkeiten befindet sich neben einer medizinischen gerätegestützten Trainingstherapie auch ein Bewegungsbad mit 32°C warmem Wasser sowie Einrichtungen für Inhalation und Kneippsche Anwendungen.

Die Qualität unserer Therapien wird durch interne und externe Fortbildungen gesichert, so dass auch spezielle Therapien wie Manuelle Therapie, cranio-sacrale Therapie, Bobath-Therapie und spezielle Atemtherapie für Kinder und Erwachsene sowie auch osteopathische Techniken zur Anwendung kommen. Als Kooperationspartner der Rheumaliga Schleswig-Holstein e.V. und der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft e.V. führen wir auch Funktionsgymnastik im Bewegungsbad sowie Rehasport in Gruppen durch. Rehasport für Muskel- und Gelenkerkrankungen, bei Osteoporose, bei Lungenerkrankungen sowie Rehasport als Herzsportgruppen runden unser vielfältiges Angebot ab. Eine Rehasportgruppe für Long-Covid- Patienten besteht seit 2021.

Zu unserem Angebot gehört auch eine spezielle Sporttherapie für Krebspatienten in Kooperation mit der Stiftung Leben mit Krebs.

Um Lymphödempatienten eine erfolgreiche Therapie zu ermöglichen sind wir Mitglied im Lymphnetz-Kiel. Zertifizierte Kurse zur Prävention von Erkrankungen, deren Kosten bis zu 80 % der Kursgebühr von den Kassen getragen werden, runden das Angebot ab. Im Einzelnen sind das Aqua-Fitness, eine Hüft- und Knieschule, GENIUS Rückentraining- Rückenschule am Gerät, GENIUS- Stoffwechseltraining- gerätegestütztes Ganzkörpertraining, Herz-Kreislauftraining Indoor, Faszientraining sowie Sturzprophylaxe zur Vermeidung von Stürzen.

Für unsere jüngsten Erdenbürger bieten wir Kurse für Babyschwimmen und Babymassage an. Rückbildungsgymnastik mit Babybetreuung sowohl als Heilmittel als auch für Selbstzahler runden unser Angebot ab.



„Auf 1.500 m² bieten wir in unseren Praxisräumen Prävention, Therapie und Training auf Basis von bewährten und neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen an.“

Herr Wessolowski | Leitung Praxis für Physiotherapie, u. Physikalische Therapie, Sportwissenschaftler und Physiotherapeut

Unsere Kompetenzen im Überblick

Vernetzung mit anderen Leistungserbringern

Wir pflegen den Austausch mit unseren Ärzten im Hause

Wir bieten Patienten vielfältige und aufeinander abgestimmte Therapiemöglichkeiten unter einem Dach. Dieser Ansatz bringt dem Patienten eine enorme Zeitersparnis und hohe Behandlungseffizienz (z.B. Physiotherapie, Massagen, Lymphdrainage, KG-Gerät, Bewegungsbad und Elektrotherapie)

Hohe medizinische Qualifikation des Betreuungsteams

Moderne apparative Ausstattung

Weiterführende Beratung z.B. Arbeitsplatzbezogen

Rollstuhlgerechte Praxisräume

Zugelassen bei allen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie BG

Hohes Maß an Spezialwissen in der Behandlung von folgenden Therapieschwerpunkten

Orthopädie: bei Schmerzen und Dysfunktion des Bewegungsapparates, auch postoperativ

Chirurgie / Traumatologie: das gesamte Spektrum nach chirurgischen Eingriffen, auch nach Unfällen und Frakturen

Neurologie: bei Multiple Sklerose, Parkinson

Innere Medizin: Atemwegs-, Herz-Kreislaufkrankungen

Urologie: Inkontinenz, Prostataprobleme, auch postoperativ

Gynäkologie: Brustkrebs, Unterleibserkrankungen

Säuglings- und Kleinkindtherapie

Praxis für Physiotherapie und Physikalische Therapie

Leitung: Thomas Wessolowski
Sekretariat: Fr. Büsgen

Tel: 0431 1697 - 3333
Fax: 0431 1697 - 3350
Mail: physiotherapie@krankenhaus-kiel.de

B-13 Physiotherapie

B-13.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Physiotherapie
Schlüssel: Sonstige Fachabteilung (3700)
 Poliklinik oder Ambulanz vorhanden

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Thomas Wesseolowski
Funktion / Abteilungsleiter
Arbeitsschwer-
punkt:
Telefon: 0431 / 1697 - 3333
Telefax: 0431 / 1697 - 4131
E-Mail: thomas.wessolowski@krankenhaus-kiel.de
Straße: Chemnitzstraße 33
PLZ / Ort: 24116 Kiel
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/physiotherapie>

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-13.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-13.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 0

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

Praxis für Physiotherapie

Art der Ambulanz: Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

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

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

B-13.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,73	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,73	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

B-13.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	6,61
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,61
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,61
– davon ambulante Versorgungsformen	0

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	32,09
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,09
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	32,09
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Angabe in Vollkräften



Qualitätsbericht 2022 Institut für Radiologie

Das **Institut für Radiologie** liefert dank modernster technischer Ausstattung den klinisch tätigen Kollegen schnell und zuverlässig wichtige diagnostische Hinweise, die entscheidend zur endgültigen Diagnose und Therapieplanung einer Erkrankung beitragen.

Das Leistungsspektrum der Radiologie umfasst die Schnittbilddiagnostik mit Mehrzeilencomputertomografie (MSCT) einschließlich CT-Angiografien (CTA) und CT-gestützter Punktionen mittels CT Fluoroskopie (CTF), Magnetresonanztomografie (MRT) einschließlich MR-Angiografien (MRA) und Kardio-MRT, Sonografie einschließlich sonografisch gestützter Punktionen, die konventionelle Diagnostik mit volldigitalen Röntgenarbeitsplätzen, Durchleuchtungsuntersuchungen und Mammografie mit 3D Tomosynthese.

In der Radiologie ist ein Qualitätsmanagementsystem etabliert und nach DIN ISO zertifiziert. Die Abteilung ist komplett digitalisiert mit einem Krankenhausinformationssystem (KIS), Radiologieinformationssystem (RIS), digitalen Bildarchivierungssystem (PACS) und einer Online-Spracherkennung zur zeitnahen Befunderstellung am Untersuchungstag. Außerdem besteht eine Vernetzung mit dem Traumanetzwerk Schleswig-Holstein. Unsere Radiologen stehen rund um die Uhr 365/7/24 zur Verfügung.

Der moderne Computertomograf erlaubt durch adaptive iterative Dosisreduktion (AIDR) eine Verminderung der Strahlenbelastung um 50-75%. Schnelle Scanrotationszeiten ermöglichen bei extrem kurzer Untersuchungsdauer Ganzkörperuntersuchungen in der Tumordiagnostik oder bei Traumapatienten.

Mit Einführung der CT-Fluoroskopie, einem Verfahren, das in Echtzeit ähnlich der Sonografie CT-gestützte

Punktionen ermöglicht, können Eingriffe wie z.B. Gewebeentnahmen und Drainageanlagen mit hoher Präzision und im Vergleich zu früheren Verfahren mit minimaler Dosis für den Patienten erfolgen.

Der Magnetresonanztomograf der Feldstärke 1,5 Tesla mit innovativer Hard- und Software produziert Bilder schneller und in hoher Auflösung. Eine spezielle Software für die Bewegungsreduktion verbessert die magnetresonanztomografische Diagnostik bei Kindern und Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen. Von seiner großen Untersuchungsöffnung und der höheren Tischbelastbarkeit sowie der besonderen Gradiententechnologie mit erheblicher Geräuschreduktion profitieren vor allem Patienten mit Platzangst und Adipositas.

Insgesamt hat sich das Untersuchungsspektrum deutlich erweitert: z.B. Ganzkörper-MRT- und -CT-Untersuchungen, MRT- Bildgebung mit diffusionsgewichteten Sequenzen in der Krebsdiagnostik, MR- und CT-Angiografien sowie Kardio-MRT, die die klassische invasive Katheterangiografie ergänzen oder ersetzen, dynamische Beckenbodenuntersuchungen in der MRT, digitales Mammografiesystem mit 3D Tomosynthese für eine präzise Diagnostik und optimiertem Workflow. Für die kurative Mammadiagnostik und das QuaMaDi-Programm (Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik) besteht auch für gesetzlich versicherte Patientinnen eine kasenzärztliche Ermächtigung.

Mit moderner apparativer Ausstattung und der herausragenden fachlichen Expertise des Radiologie-Teams bietet die Abteilung radiologische Diagnostik von höchster Qualität für eine optimale Patientenversorgung.



„Klinische Radiologie in einem interdisziplinären Umfeld“
Prof. Dr. Stöckelhuber | Chefärztin Institut für Radiologie

Unsere Kompetenzen im Überblick

ca. 55.000 Untersuchungen pro Jahr

Magnetresonanztomografie (MRT)

Mehrschichtspiralcomputertomografie (MSCT)

Minimalinvasive Techniken mittels CT-Fluoroskopie und Sonografie

CT- und MR-Angiografie

Kardio-MRT

Ganzkörper-CT und –MRT

Dynamische Beckenbodenuntersuchung in der MRT mit Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Mammografie mit 3D Tomosynthese

Sonografie

Teleradiologie

komplette Digitalisierung mit KIS (Krankenhausinformationssystem), RIS (Radiologieinformationssystem), PACS (digitales Bildarchivierungssystem), Online-Spracherkennung

Qualitätsmanagement

Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2015

Mammografie mit 3D Tomosynthese und Brustpunktionen, Ermächtigung für kurative Mammadiagnostik und QuaMaDi (Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik) durch die kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Institut für Radiologie

Leitung: Prof. Dr. Beate M. Stöckelhuber
Sekretariat: Sissi Petermann

Tel: 0431 1697 - 2201
Fax: 0431 1697 - 2202
Mail: radiologie@krankenhaus-kiel.de

B-14 Radiologische Abteilung

B-14.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Radiologische Abteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Beate M. Stöckelhuber

Funktion / Chefärztin

Arbeitsschwerpunkt:

Telefon: 0431 / 1697 - 2201

Telefax: 0431 / 1697 - 2202

E-Mail: radiologie@krankenhaus-kiel.de

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/radiologie>

B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-14.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie	
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie	
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	CT gestützte Punktionen
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie	mittels MRT und CT
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie	mittels Durchleuchtung, MRT und CT.
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern	
VR40	Allgemein: Spezialsprechstunde	
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie	
VR42	Allgemein: Kinderradiologie	
VR43	Allgemein: Neuroradiologie	
VR44	Allgemein: Teleradiologie	

B-14.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-14.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-14.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-14.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

- Für Privatpatienten
- Für Patienten nach § 116b.
- KV-Ermächtigung zur Durchführung von dynamischen Beckenbodenuntersuchungen mittels MRT (MRT-Defäkografie)
- Berufsgenossenschaftliche Untersuchungen

B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-14.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-14.11 Personelle Ausstattung

B-14.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	13,09
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,09
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,09
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,84
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,84
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7,84
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	Weiterbildungsermächtigung diagnostische Radiologie
AQ58	Strahlentherapie	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	dynamische MRT des Beckenbodens
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF44	Sportmedizin	

B-14.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	2,71	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,71	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,71	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZPI3	Qualitätsmanagement



Die Aufgabe des **Zentrallaboratoriums** besteht darin, den behandelnden Arzt durch eine effiziente und zielgerichtete Diagnostik zu unterstützen. Mehr als 75% aller ärztlichen Entscheidungen beruhen auf der labormedizinischen Diagnostik und der Früherkennung von Erkrankungen sowie der Risikostratifizierung.

Das Zentrallaboratorium ist ein sich kontinuierlich anpassender, wirtschaftlicher und moderner Dienstleistungsbetrieb für qualitativ hochstehende Labordiagnostik und Medizinische Mikrobiologie. Die zentrale Einrichtung stellt die labormedizinische Versorgung aller stationären und ambulanten Patienten des Städtischen Krankenhauses Kiel sicher und leistet damit einen Beitrag zur mittelbaren Krankenversorgung.

„Ein motiviertes Team aus Fachärzten und hochkompetenten Mitarbeitern unterstützt dabei, präzise und schnell Diagnosen zu erstellen.“

Die Analysen werden hierbei von speziell ausgebildeten Mitarbeitern mit modernen, vollselektiven Analysenautomaten und einer modernen Labor-EDV durchgeführt. Es besteht ein 24-Stunden-Bereitschaftsdienst an 365 Tagen im Jahr. Die Aufgabe der verschiedenen Fachärzte (Laboratoriums-, Transfusionsmedizin und Medizinische Mikrobiologie) besteht in der Befundung der Analyseergebnisse, in der Beratung und Weiterbildung der klinisch tätigen Ärzte sowie in der Qualitätssicherung der durchgeführten Analytik.

Das Zentrallaboratorium arbeitet mit einem hohen Qualitätsanspruch. Hervorzuheben ist die hohe Kompetenz der technischen und ärztlichen Mitarbeiter, die mit der Akkreditierung nach

DIN EN ISO 15189

durch die DAkkS bestätigt wird. Durch die Akkreditierung sind außerdem Klinische Studien, welche Laboruntersuchungen zur Dokumentation des Therapieverlaufs beinhalten, einfacher durchzuführen.

Ein hochqualifiziertes Team medizinisch-technischer Assistentinnen bearbeitet jährlich mehr als 3,5 Mio. Patientenanalysen.





„Mehr als 75% aller ärztlichen Entscheidungen beruhen auf der labormedizinischen Diagnostik. Diagnostische Tests haben u. a. eine Schlüsselposition in der Personalisierten Medizin und dem Screening.“

Dr. Schulze | Chefärztin Zentrallaboratorium

Unsere Kompetenzen im Überblick

Hämatologie inklusive Durchflußzytometrie

Hämostaseologie und Thrombophiliediagnostik

Klinische Chemie und Immunchemie (z. B. Schilddrüsenuntersuchungen, Tumormarker, Hormone, Medikamentenspiegel und Drogenscreening)

Immunhämatologie mit Blutproduktedepot

Immunologie (z. B. Liquor-, Urindiagnostik, spezialisierte Proteindiagnostik, Autoimmundiagnostik und Infektionsdiagnostik)

SARS-CoV-2 Diagnostik

Medizinische Mikrobiologie und Hygiene (Bakteriologie, Mykologie, Parasitologie)

Molekulare Diagnostik

POCT (Point of Care)

IGeL-Leistungen

Hygienemanagement

Insgesamt können über 300 unterschiedliche Tests und Analysen durchgeführt werden. Über unser angeschlossenes Zentrum für Diagnostik können Laborleistungen auch mit einer kassenärztlichen Überweisung erbracht werden

Zentrallaboratorium

Leitung: Dr. Simone Schulze
Sekretariat: Franziska Matusczyk

Tel: 0431 1697 - 2301

Fax: 0431 1697 - 2302

Mail: franziska.matusczyk@krankenhaus-kiel.de

B-15 Zentrallaboratorium

B-15.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Zentrallaboratorium

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. Simone Schulze

Funktion / Chefärztin

Arbeitsschwerpunkt:

Telefon: 0431 / 1697 - 2301

Telefax: 0431 / 1697 - 2302

E-Mail: simone.schulze@krankenhaus-kiel.de

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/zentrallaboratorium>

B-15.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-15.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Hämatologie
VX00	Hämostaseologie
VX00	Immunhämatologie inklusive Depothaltung von Blutprodukten
VX00	Immunologie (Infekterologie, Tumormarker, Hormone, Autoimmundiagnostik, spezialisierte Proteindiagnostik)
VX00	Klinische Chemie, Therapeutisches Drug Monitoring und Immunchemie
VX00	Krankenhausthygiene
VX00	Medizinische Mikrobiologie

B-15.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-15.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-15.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-15.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-15.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-15.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-15.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-15.11 Personelle Ausstattung

B-15.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	3,59
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,59
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,59
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,59
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,59
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,59
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ38	Laboratoriumsmedizin
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
AQ59	Transfusionsmedizin

B-15.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,29	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,29	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,29	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Am **Institut für Pathologie** im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) werden Gewebe- und Zellproben unserer Patienten sowie Operationspräparate mikroskopisch untersucht.

Die Untersuchungen geben wichtige Hinweise für Operationsplanungen, für die Behandlung von Infektionen sowie für die Krebsvor- und -nachsorge. Auch im Rahmen der Organkrebszentren sind die feingeweblichen Untersuchungsergebnisse von mitentscheidender Bedeutung.

Ein Arbeitsschwerpunkt des Instituts liegt auf dem Gebiet der entzündlichen und tumorösen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Häufige Fragestellungen befassen sich mit der Diagnostik von Magenschleimhautentzündungen oder mit entzündlichen Veränderungen der Darmschleimhaut, z.B. im Rahmen chronisch entzündlicher Darmerkrankungen. Zu deren Diagnostik werden auch immunhistochemische Untersuchungen durchgeführt.

Weitere Schwerpunkte des Instituts liegen in der Gynäkopathologie, der Uropathologie und der Hals-Nasen-Ohren-Pathologie.

Ein Teil der Gewebeproben wird dabei in Schnellschnitttechnik untersucht. Dem Operateur wird innerhalb weniger Minuten das Ergebnis der Gewebeuntersuchung mitgeteilt, in der Regel bis 20 Minuten nach Eingang der Probe.

Ein besonderer Schwerpunkt ist die elektronenmikroskopische Befundung von Proben aus der Nase oder der Lunge zum Vorliegen einer primären ziliären Dyskinesie, einer seltenen vererbten Lungenerkrankung, die bei den betroffenen Kindern zu erheblichen Beschwerden im Bereich der Nasennebenhöhlen und der Lunge führen kann. Hierzu erhalten wir Einsendungen aus dem gesamten Bundesgebiet.

Weiterhin besteht die Möglichkeit molekular-pathologischer Untersuchungen. Es werden auch Obduktionen durchgeführt.

Das Institut ist nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.



„Das MVZ des SKK steht für professionelle und interdisziplinäre diagnostische Leistungen in den Bereichen der Pathologie und der Labormedizin, einschließlich der Mikrobiologie.“

Dr. Ebsen | Direktor des Institutes für Pathologie und ärztlicher Leiter des MVZ

Unsere Kompetenzen im Überblick

Transmissionselektronenmikroskopie: Untersuchungen von Proben aus der Nasenschleimhaut oder Lunge zum Nachweis einer primären ziliären Dyskinesie.

Histologie, Untersuchungen von Gewebeproben und Operationspräparaten

Zytologie, Untersuchungen von Punktionsmaterial und Ausstrichpräparaten

Schnellschnittdiagnostik

Infektions- und Tumordiagnostik

Immunhistochemie, Immunzytochemie

Molekularpathologie (in Kooperation mit anderen Instituten)

Obduktion (innere Leichenschau)

Lungenpathologie

Institut für Pathologie im MVZ

Leitung: Dr. Michael Ebsen
Sekretariat: Kerstin Zander

Tel: 0431 1697 - 2101
Fax: 0431 1697 - 2102
Mail: m.ebsen@mvzkiel.de

B-16 Institut für Pathologie im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

B-16.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Institut für Pathologie im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. Michael Ebsen

Funktion / Leitung:

Arbeitsschwerpunkt:

Telefon: 0431 / 1697 - 2101

Telefax: 0431 / 1697 - 2102

E-Mail: m.ebsen@mvzkiel.de

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/unser-haus/mvz-gmbh>

B-16.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-16.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Dermatopathologie
VX00	Gastroenteropathologie
VX00	Gynäkopathologie
VX00	Hals-Nasen-Ohren-Pathologie
VX00	Histologie
VX00	Immunhistochemie
VX00	Immunzytochemie
VX00	Knochenmarkpathologie
VX00	Obduktionen
VX00	Onkologische Pathologie
VX00	Schnellschnittdiagnostik
VX00	Transmissionselektronenmikroskopie (Diagnostik der primären ziliären Dyskinesie)
VX00	Uropathologie
VX00	Zytologie

B-16.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-16.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-16.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-16.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-16.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-16.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-16.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	3,99
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,99
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,99
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,99
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ38	Laboratoriumsmedizin
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
AQ46	Pathologie

B-16.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0,78	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	0	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	0	2 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	0	1 Jahr	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Hebammen und Entbindungspfleger	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	0		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
Medizinische Fachangestellte	2,86	3 Jahre	auch Zahnmed. u. Tiermed. Fachangestellte
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,86		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern Angabe in Personen

Die zentrale Aufgabe der **Krankenhausapotheke** ist die qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung der Patienten des Krankenhauses mit Arzneimitteln und anderen Produkten des medizinischen Sachbedarfs bei optimaler Patientensicherheit.

Ihr Leistungsspektrum ist in drei Bereiche untergliedert:

- Pharmazeutische Logistik
- Arzneimittelherstellung
- Pharmazeutische Dienstleistungen

Die logistische Kompetenz der Krankenhausapotheke stellt sicher, dass die richtigen Arzneimittel für die Patienten rechtzeitig und in einwandfreier Qualität unter Einhaltung aller fachlichen und gesetzlichen Anforderungen – wirtschaftlich und rationell zu Verfügung stehen.

Pharmakoökonomische Beratungen mithilfe detaillierter Verbrauchs- und Bedarfsanalysen erlauben den optimalen Einsatz vorhandener Ressourcen ohne Verzichte auf notwendige Therapieinnovationen.

Die Arzneimittelherstellung erlaubt neben einer stark patientenorientierten Arzneimitteltherapie durch Bereiche wie die individuelle Zytostatikazubereitung die kostengünstige Produktion verschiedener Medikamente. Durch die Herstellung von Arzneimitteln für klinische

Forschung ist die Krankenhausapotheke ein wichtiger Partner in der Durchführung von Studien.

Aufgrund der lückenlosen Überwachung von der Analytik der Rohstoffe, über ständige In-Prozess-Kontrollen und Plausibilitätsprüfungen patientenindividueller Dosierungen bis hin zur strengen Kontrolle des Endproduktes vor Ort kann eine gleichbleibend hohe Qualität zu günstigen Konditionen gewährleistet werden.

Die Krankenhausapotheke ist der kompetente Ansprechpartner für alle Fragen zu Arzneimitteln und zur Arzneimitteltherapie. Der Arzneimittelinformations-Service gibt Ärzten und Pflegefachkräften Auskünfte zu unterschiedlichsten Fragestellungen wie z.B. Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Dosisanpassung bei eingeschränkter Organfunktion, Arzneimittelauswahl, etc. Informationen aus verschiedenen internationalen Datenbanken und der aktuellen Literatur werden hierfür in umfangreichen Recherchen zusammengetragen und kritisch bewertet.

Das Qualitätsmanagementsystem der Apotheke ist nach DIN EN ISO 9001: 2015 zertifiziert.



„Die Krankenhausapotheke des SKK ist ein zentrales pharmazeutisches Dienstleistungsunternehmen, das im Interesse von Patient und Klinik arbeitet.“

Kathrin Glowalla | Leitung Krankenhausapotheke

Unsere Kompetenzen im Überblick

Pharmazeutische Logistik

A. Wimmer

Versorgung der Stationen und Funktionsbereiche mit Arzneimitteln, Infusions- und Ernährungslösungen, Röntgenkontrastmitteln, Blutprodukten, Desinfektions-, Hautschutz- und Hautpflegemittel sowie Medizinprodukten

Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch gezielte Produktauswahl

Produktprüfung und -auswahl nach aktuellen Leitlinien, Bioäquivalenz, Wirtschaftlichkeit, anwenderfreundlicher Handhabung und ökologischen Aspekte

Stationsbegehungen gemäß § 14 ApoG, § 32 ApoBetrO

Arzneimittelherstellung

Dr. Ch. Kautz

individuelle Zubereitungen zur Krebsbehandlung (14.500 Zubereitungen/ Jahr)

Parenteralia (2.425 Zubereitungen/ Jahr)

Herstellung im Defekturnmaßstab für den Klinikbedarf, z.B. Kapseln, Zäpfchen, Lösungen (6.096 Stück/Jahr)

Patientenindividuelle Rezepturen (262 Zubereitungen/Jahr)

Mitarbeit bei klinischen Studien

Pharmazeutische Dienstleistungen

S. Thielemann

A. Tiemeyer

schnelle und umfassende Information und Beratung zu allen pharmazeutischen und pharmakologischen Fragestellungen

Mitarbeit eines Klinischen Pharmazeuten im therapeutischem Team

Mitgestaltung von Therapiestandards

Bearbeitung von Arzneimittelrückrufen

Versorgung mit Blutprodukten, Dokumentation nach Transfusionsgesetz

Umsetzung und Überprüfung des Betäubungsmittelrechts

Arzneimittelkundeunterricht für Krankenpflegeschüler

Mitarbeit beim Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse im Krankenhaus (CIRS)

Arzneimittel-Verbrauchscontrolling, Budgetberatung

Erstellen der Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance nach § 23 Abs. 4 Satz 2 IfSG

Krankenhausapotheke

Leitung: Kathrin Glowalla
Sekretariat: Lucyna Sarnowski

Tel: 0431 1697 - 3501
Fax: 0431 1697 - 3503
Mail: apotheke@krankenhaus-kiel.de

B-17 Krankenhausapotheke

B-17.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Krankenhausapotheke

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Kathrin Glowalla

Funktion /
Arbeitsschwer-
punkt: Leitung Krankenhausapotheke

Telefon: 0431 / 1697 - 3501

Telefax: 0431 / 1697 - 3503

E-Mail: apotheke@krankenhaus-kiel.de

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/krankenhausapotheke>

B-17.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

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

Ja

Es werden keine Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten getroffen, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

B-17.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	EDV-gestütztes Arzneimittel-Informationssystem mit Anbindung an internationale Datenbanken
VX00	Herstellung von speziellen Arzneimittelzubereitungen für Krebspatienten
VX00	Mitarbeit bei klinischen Studien
VX00	Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Klinisches Ernährungsmanagement
VX00	Mitgestaltung von Therapiestandards
VX00	Pharmazeutische Beratung, Schulung und Weiterbildung von Ärzten und Pflegeteams

B-17.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#) für den gesamten Standort anzugeben.

B-17.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-17.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-17.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-17.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-17.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-17.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-17.11 Personelle Ausstattung

B-17.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

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

¹ Angabe in Vollkräften, außer bei Belegärztinnen und Belegärzten Angabe in Personen

B-17.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C Qualitätssicherung

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

C-I.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Anz. SO ¹
Herzschrittmacher-Implantation	128	100,00%	128
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	28	100,00%	28
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	11	100,00%	11
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	20	100,00%	20
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	14	100,00%	14
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	< 4		< 4
Gynäkologische Operationen	335	100,00%	335
Geburtshilfe	1.959	100,00%	1.958
Hüftgelenknahe Femurfraktur	56	100,00%	56
Mammachirurgie	46	100,00%	46
Dekubitusprophylaxe	231	100,00%	231
Hüftendoprothesenversorgung	180	100,00%	180
– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	168	100,00%	168
– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	14	100,00%	14
Knieendoprothesenversorgung	39	100,00%	39
– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	36	97,22%	35
– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	4	100,00%	4
Neonatalogie	363	100,00%	363
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	1.236	100,00%	1.236
Ambulant erworbene Pneumonie	443	100,00%	443

¹ Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze).

C-I.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

In der Geburtshilfe, bei Herzkatheteruntersuchungen und bei bestimmten operativen Eingriffen sind die Leistungserbringer im Krankenhaus verpflichtet, bei allen Patienten Fragebögen zur Qualität der Eingriffe, z.B. zum Auftreten von Komplikationen, auszufüllen. Diese Fragebögen werden von allen Krankenhäusern im Bundesgebiet extern ausgewertet und miteinander verglichen. Die Ergebnisse werden den Krankenhäusern zurückgemeldet, die dann entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung ergreifen können, sofern dies erforderlich ist.

Nachfolgend werden hier die Ergebnisse veröffentlicht, die der Gemeinsame Bundesausschuss zur Veröffentlichung empfohlen hat.

Ergebnisse innerhalb des Referenzbereiches des Bundes sind als unauffällige Versorgungsqualität einzustufen. Als auffällig werden Ergebnisse eingestuft, die vom Referenzbereich des Bundes abweichen. Diese Ergebnisse werden in einem sogenannten "strukturierten Dialog" in den Fachausschüssen des Landes besprochen und dort abschließend bewertet. Da bei einigen hier dargestellten Qualitätsindikatoren der strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist, können für diese Indikatoren noch keine Ergebnisse veröffentlicht werden.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,19 % 0,12 - 0,3	≤ 3,80 %	0 % ○ 0 - 21,53	R10 ○ 0 /14 (entf.)
Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 184)	98,81 % 98,72 - 98,9	≥ 95,00 %	100 % ○ 92,87 - 100	R10 ○ 50 /50 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	95,31 % 95,23 - 95,39	≥ 93,95 % (5. Perzentil)	92,95 % ⇌ 90,06 - 95,2	R10 ○ 356 /383 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	64,25 % 64,05 - 64,45	≥ 40,97 % (5. Perzentil)	66,32 % ⇌ 60,69 - 71,62	R10 ○ 189 /285 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 184)	0,94 0,92 - 0,97	≤ 1,14 (95. Perzentil)	0,36 ⇌ 0,04 - 1,7	R10 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 184)	0,89 0,88 - 0,9	≤ 1,65 (95. Perzentil)	2,26 ⇌ 1,98 - 2,57	U62 ○ 224 /847 (99)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 184)	0,9 0,89 - 0,91	≤ 1,50 (95. Perzentil)	1,63 ⇌ 1,38 - 1,93	R10 ○ 135 /472 (82,64)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	0,21 % 0,2 - 0,22	≤ 0,15 % (90. Perzentil)	0 % ⇌ 0 - 0,19	R10 ○ 0 /1.332 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	94,29 % 94,05 - 94,52	≥ 93,65 % (5. Perzentil)	93,14 % ⇌ 87 - 96,88	R10 ○ 95 /102 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	17,16 % 16,68 - 17,65	≤ 21,93 % (95. Perzentil)	entf. ☞ entf.	R10 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	9,88 % 9,77 - 10	≤ 16,84 % (95. Perzentil)	14,83 % ☞ 11,84 - 18,25	R10 ○ 70 /472 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	4,41 % 4,35 - 4,47	≤ 6,86 % (95. Perzentil)	2,72 % ☞ 1,78 - 3,98	R10 ○ 23 /847 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	76,37 % 75,91 - 76,83	≥ 67,57 % (5. Perzentil)	84,54 % ☞ 76,37 - 90,67	R10 ○ 82 /97 (entf.)
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	2,71 % 2,54 - 2,88	≤ 5,98 % (95. Perzentil)	entf. ☞ entf.	R10 ○ entf.
Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	27,91 % 27,71 - 28,11	≤ 41,48 % (95. Perzentil)	13,65 % ☞ 10,08 - 17,93	R10 ○ 40 /293 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,91 % 0,84 - 0,98	≤ 2,60 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 185)	99,61 % 99,56 - 99,65	≥ 90,00 %	100 % ○ 96,92 - 100	R10 ○ 121 /121 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 185)	88,55 % 88,34 - 88,76	≥ 60,00 %	95,51 % ○ 91,03 - 97,81	R10 ○ 149 /156 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:				
Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 7 (S. 186)	96,25 % 96,11 - 96,39	≥ 90,00 %	94,49 % ○ 89,06 - 97,3	R10 ○ 120 /127 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:				
Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	50,73 % 50,37 - 51,1	-	32,03 % 24,57 - 40,54	- 41 /128 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:				
Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 185)	95,12 % 95,03 - 95,2	≥ 90,00 %	97,69 % ○ 95,91 - 98,7	R10 ○ 465 /476 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:				
Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 9 (S. 187)	0,87 0,84 - 0,9	≤ 3,11 (95. Perzentil)	0,26 ○ 0,07 - 0,91	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:				
Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	0,96 0,9 - 1,01	≤ 4,38 (95. Perzentil)	5,08 ○ 2,34 - 10,66	U63 ○ 6 /128 (1,18)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:				
Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	1,28 % 1,2 - 1,37	≤ 3,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:				
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS ja / Hinweis 11 (S. 188)	0,99 0,87 - 1,12	≤ 6,34 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 8,47	R10 ○ 0 /108 (0,44)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:				
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 188)	0,99 0,96 - 1,03	≤ 2,69 (95. Perzentil)	1,04 ○ 0,37 - 2,24	R10 ○ 5 /108 (4,80)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:				
Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,87 % 0,75 - 1,01	≤ 2,50 %	0 % ○ 0 - 16,11	R10 ○ 0 /20 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 12 (S. 188)	91,85 % 91,53 - 92,16	≥ 60,00 %	96,77 % ○ 83,81 - 99,43	R10 ○ 30 / 31 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 13 (S. 189)	97,72 % 97,5 - 97,92	≥ 90,00 %	100 % ○ 83,89 - 100	R10 ○ 20 / 20 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	50,74 % 50,03 - 51,46	-	47,06 % 26,17 - 69,04	- 8 / 17 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	0,72 0,69 - 0,76	≤ 2,35 (95. Perzentil)	1,18 ○ 0,33 - 3,44	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,17 0,99 - 1,38	≤ 6,48 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 19,47	R10 ○ 0 / 20 (0,17)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 188)	1 0,82 - 1,2	≤ 5,03 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 45,98	R10 ○ 0 / 13 (0,08)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 11 (S. 188)	1 0,92 - 1,08	≤ 2,65 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 6,04	R10 ○ 0 / 13 (0,61)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,89 % 0,76 - 1,03	≤ 3,00 %	0 % ○ 0 - 18,43	R10 ○ 0 / 17 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 14 (S. 190)	96,17 % 96,02 - 96,31	≥ 90,00 %	98,44 % ○ 91,67 - 99,72	R10 ○ 63 / 64 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:				
Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	97,67 % 97,6 - 97,74	≥ 90,00 %	98,82 % ○ 93,63 - 99,79	R10 ○ 84 /85 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:				
Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	91,85 % 91,46 - 92,23	≥ 86,00 %	92,86 % ○ 68,53 - 98,73	R10 ○ 13 /14 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:				
Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	2,27 % 2,21 - 2,34	≤ 8,01 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:				
Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	4,53 % 4,37 - 4,69	≤ 11,63 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:				
Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	1,36 % 1,31 - 1,41	≤ 5,77 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:				
Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	7,84 % 7,44 - 8,26	≤ 20,00 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:				
Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I0 (S. 187)	1,01 0,99 - 1,03	≤ 2,25 (95. Perzentil)	1,31 ○ 0,8 - 2,05	R10 ○ 14 /83 (10,67)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:				
Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I0 (S. 187)	1,02 0,98 - 1,06	≤ 2,02 (95. Perzentil)	0,59 ○ 0,1 - 2,58	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	1,05 0,99 - 1,11	-	1,44 0,26 - 6,34	- entf.
Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	1 0,95 - 1,05	-	0 0 - 3,13	- 0 / 13 (0,95)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,05 % 0,04 - 0,06	Sentinel Event	entf. ○ entf.	U63 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 191)	1,07 1,04 - 1,1	-	1,47 0,79 - 2,62	- 9 / 83 (6,13)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,02 1 - 1,04	≤ 2,42 (95. Perzentil)	0,23 ○ 0,08 - 0,65	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 4 (S. 184)	0,83 0,8 - 0,86	≤ 2,27 (95. Perzentil)	1,25 ○ 0,39 - 2,9	R10 ○ 4 / 162 (3,20)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	96,97 % 96,89 - 97,04	≥ 90,00 %	97,33 % ○ 93,34 - 98,96	R10 ○ 146 / 150 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	9,27 % 9,06 - 9,49	≤ 15,00 %	4,76 % ○ 1,87 - 11,61	R10 ○ 4 / 84 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	98,12 % 98,05 - 98,18	≥ 90,00 %	100 % ○ 90,11 - 100	R10 ○ 35 /35 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	92,44 % 91,95 - 92,89	≥ 86,00 %	entf. ○ entf.	U63 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	97,42 % 97,22 - 97,61	≥ 90,00 %	entf. entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 3 (S. 184)	99,8 % 99,78 - 99,82	≥ 98,81 % (5. Perzentil)	100 % ○ 89,5 - 100	R10 ○ 38 /38 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	1,02 % 0,98 - 1,07	≤ 4,26 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 9,89	R10 ○ 0 /35 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	3,33 % 3,02 - 3,66	≤ 11,32 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 48,99	R10 ○ 0 /4 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	0,88 % 0,84 - 0,93	≤ 3,71 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	4,18 % 3,84 - 4,55	≤ 14,11 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 48,99	R10 ○ 0 /4 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I0 (S. 187)	1,13 1,06 - 1,21	≤ 5,19 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 13,75	R10 ○ 0 /37 (0,25)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:				
Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,04 % 0,03 - 0,05	Sentinel Event	0 % ○ 0 - 9,89	R10 ○ 0 /35 (entf.)
Geburtshilfe:				
Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / Hinweis 17 (S. 191)	96,8 % 96,35 - 97,21	≥ 95,00 %	100 % ○ 56,55 - 100	R10 ○ 5 /5 (entf.)
Geburtshilfe:				
Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / Hinweis 17 (S. 191)	0,21 % 0,13 - 0,32	Sentinel Event	0 % ○ 0 - 24,25	R10 ○ 0 /12 (entf.)
Geburtshilfe:				
Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / Hinweis 17 (S. 191)	96,85 % 96,61 - 97,07	≥ 90,00 %	93,1 % ○ 78,04 - 98,09	R10 ○ 27 /29 (entf.)
Geburtshilfe:				
Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,03 1,03 - 1,04	≤ 1,26 (90. Perzentil)	0,84 ○ 0,78 - 0,9	R10 ○ 520 /1.943 (619,18)
Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	18,94 % 18,76 - 19,12	-	12,16 % 9,77 - 15,04	- 72 /592 (entf.)
Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	45,9 % 45,59 - 46,21	-	44,25 % 38,62 - 50,04	- 127 /287 (entf.)
Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	3,88 % 3,79 - 3,97	-	3,95 % 2,51 - 6,15	- 18 /456 (entf.)
Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	21,45 % 21,13 - 21,78	-	13,33 % 9,13 - 19,07	- 24 /180 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	71,72 %	-	67,32 %	-
nein / Hinweis 18 (S. 192)	71,44 - 71,99		61,36 - 72,76	173 /257 (entf.)
Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	93,01 %	-	97,14 %	-
nein / Hinweis 18 (S. 192)	92,64 - 93,36		85,47 - 99,49	34 /35 (entf.)
Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	86,6 %	-	88,89 %	-
nein / Hinweis 18 (S. 192)	85,95 - 87,21		67,2 - 96,9	16 /18 (entf.)
Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden				
EKez / DeQS	75,59 %	-	65,22 %	-
nein / Hinweis 18 (S. 192)	75,06 - 76,11		50,77 - 77,32	30 /46 (entf.)
Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	100 %	-	100 %	-
nein / Hinweis 18 (S. 192)	99,86 - 100		74,12 - 100	11 /11 (entf.)
Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden				
EKez / DeQS	44,42 %	-	38,38 %	-
nein / Hinweis 18 (S. 192)	43,91 - 44,93		29,41 - 48,23	38 /99 (entf.)
Geburtshilfe:				
Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen				
Transparenzkennzahl / DeQS	2,95 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 8 (S. 187)	2,83 - 3,06		entf.	entf.
Geburtshilfe:				
Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen				
Transparenzkennzahl / DeQS	9,2 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 8 (S. 187)	9,08 - 9,32		entf.	entf.
Geburtshilfe:				
Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen				
Transparenzkennzahl / DeQS	0,19 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 8 (S. 187)	0,17 - 0,23		entf.	entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe:				
Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 20 (S. 192)	1,01 0,98 - 1,03	≤ 2,32	1,56 ○ 1,01 - 2,41	R10 ○ 20 / 1.839 (12,80)
Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 19 (S. 192)	1,18 1,03 - 1,36	-	0 0 - 8,14	- 0 / 1.839 (0,47)
Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 19 (S. 192)	1,01 0,96 - 1,07	-	1,09 0,42 - 2,79	- 4 / 1.838 (3,68)
Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 19 (S. 192)	0,94 0,89 - 0,98	-	1,69 0,86 - 3,33	- 8 / 1.824 (4,73)
Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS, QS-Planung nein / Hinweis 19 (S. 192)	1,06 1,01 - 1,11	-	2,04 1,04 - 4,02	- 8 / 1.825 (3,92)
Geburtshilfe:				
Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	0,89 0,82 - 0,97	≤ 3,20 (95. Perzentil)	3,75 ○ 1,82 - 7,72	A72 ○ 7 / 1.420 (1,86)
Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	0,85 0,77 - 0,95	-	3,99 1,7 - 9,3	- 5 / 1.299 (1,25)
Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	0,95 0,83 - 1,08	-	3,27 0,9 - 11,54	- entf.
Geburtshilfe:				
Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,06 0,95 - 1,18	≤ 4,40 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 7,36	R10 ○ 0 / 99 (0,50)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe:				
Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 21 (S. 193)	0,97 0,92 - 1,02	-	1,97 1 - 3,88	- 8 / 1.799 (4,06)
Geburtshilfe:				
Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 22 (S. 194)	0,23 % 0,22 - 0,24	-	0,44 % 0,23 - 0,88	- 8 / 1.799 (entf.)
Geburtshilfe:				
Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung ja / Hinweis 17 (S. 191)	99,01 % 98,97 - 99,05	≥ 90,00 %	98,48 % ○ 97,04 - 99,23	R10 ○ 520 / 528 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):				
Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,74 % 0,66 - 0,83	Sentinel Event	entf. ○ entf.	U62 ○ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):				
Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	88,74 % 88,41 - 89,07	≥ 74,46 % (5. Perzentil)	91,11 % ○ 83,43 - 95,43	R10 ○ 82 / 90 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):				
Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	19,31 % 18,56 - 20,07	≤ 42,35 % (95. Perzentil)	33,33 % ○ 18,64 - 52,18	R10 ○ 9 / 27 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):				
Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / Hinweis 17 (S. 191)	7,61 % 7,2 - 8,05	≤ 20,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	11,16 % 9,9 - 12,55	-	entf. entf.	- entf.
Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	13,49 % 12,39 - 14,67	-	0 % 0 - 25,88	- 0 / 11 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / Hinweis 17 (S. 191)	0,95 % 0,85 - 1,05	≤ 5,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	3,15 % 3,05 - 3,27	≤ 6,59 % (90. Perzentil)	4,23 % ○ 2,16 - 8,13	R10 ○ 8 / 189 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / Hinweis 20 (S. 192)	1,05 0,99 - 1,11	≤ 4,18	1,71 ○ 0,67 - 4,32	R10 ○ 4 / 280 (2,34)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	16,84 % 16,67 - 17,01	-	20,06 % 16,22 - 24,54	- 71 / 354 (entf.)
Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	18,28 % 18,14 - 18,43	-	22,12 % 18,51 - 26,22	- 98 / 443 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 23 (S. 194)	93,08 % 92,95 - 93,21	≥ 90,00 %	92,69 % ○ 88,87 - 95,27	R10 ○ 241 / 260 (entf.)
Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	92,65 % 92,52 - 92,78	-	91,48 % 87,54 - 94,26	- 247 / 270 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	98,18 % 97,91 - 98,41	-	100 % 75,75 - 100	- 12 / 12 (entf.)
Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	97,92 % 97,54 - 98,24	-	100 % 70,09 - 100	- 9 / 9 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	99,02 % 98,98 - 99,06	≥ 95,00 %	97,97 % ○ 96,18 - 98,93	R10 ○ 434 /443 (entf.)
Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	98,89 % 98,84 - 98,94	-	97,74 % 95,6 - 98,85	- 346 /354 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	99,05 % 99,02 - 99,09	-	97,91 % 96,08 - 98,9	- 422 /431 (entf.)
Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	98,93 % 98,88 - 98,98	-	97,68 % 95,49 - 98,82	- 337 /345 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	96,71 % 96,64 - 96,77	≥ 95,00 %	96,53 % ○ 94,35 - 97,88	R10 ○ 417 /432 (entf.)
Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	96,57 % 96,49 - 96,66	-	95,97 % 93,34 - 97,58	- 333 /347 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	95,93 % 95,84 - 96,02	≥ 95,00 %	93,79 % ○ 90,4 - 96,04	U63 ○ 272 /290 (entf.)
Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	95,4 % 95,28 - 95,51	-	92,98 % 89,04 - 95,57	- 225 /242 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	92,79 % 92,65 - 92,93	≥ 90,00 %	93,48 % ○ 88,95 - 96,23	R10 ○ 172 /184 (entf.)
Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	93,14 % 92,97 - 93,31	-	94,04 % 89,06 - 96,83	- 142 /151 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	98,69 % 98,64 - 98,75	-	100 % 98,6 - 100	- 271 /271 (entf.)
Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	98,66 % 98,59 - 98,72	-	100 % 98,31 - 100	- 224 /224 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	0,97 0,96 - 0,99	≤ 1,91 (95. Perzentil)	1,21 ○ 0,83 - 1,73	R10 ○ 25 /280 (20,74)
Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
EKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	0,82 0,81 - 0,83	-	1,08 0,78 - 1,48	- 33 /341 (30,63)
Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde				
EKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	0,66 0,65 - 0,67	-	0,81 0,42 - 1,47	- 8 /61 (9,89)
Operation an der Brust: Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	96,99 % 96,79 - 97,18	≥ 90,00 %	100 % ○ 78,47 - 100	R10 ○ 14 /14 (entf.)
Operation an der Brust: Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / Hinweis 17 (S. 191)	0,04 % 0,01 - 0,13	Sentinel Event	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Operation an der Brust: Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	3,35 % 2,9 - 3,87	≤ 5,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Operation an der Brust: Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	10,66 % 10,41 - 10,91	≤ 20,77 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operation an der Brust:				
Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	99,48 % 99,42 - 99,54	≥ 97,82 % (5. Perzentil)	100 % ○ 88,97 - 100	R10 ○ 31 / 31 (entf.)
Operation an der Brust:				
Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	98,21 % 98,11 - 98,3	≥ 95,00 %	100 % ○ 89,85 - 100	R10 ○ 34 / 34 (entf.)
Operation an der Brust:				
Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	85,86 % 85,4 - 86,3	≥ 54,43 % (5. Perzentil)	100 % ○ 70,09 - 100	R10 ○ 9 / 9 (entf.)
Operation an der Brust:				
Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	95,04 % 94,52 - 95,52	≥ 80,95 % (5. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Operation an der Brust:				
Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / Hinweis I7 (S. 191)	99,39 % 99,26 - 99,5	≥ 95,00 %	100 % ○ 51,01 - 100	R10 ○ 4 / 4 (entf.)
Operation an der Brust:				
Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)				
Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / Hinweis I7 (S. 191)	98,99 % 98,86 - 99,09	≥ 95,00 %	100 % ○ 81,57 - 100	R10 ○ 17 / 17 (entf.)
Operation an der Brust:				
Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	1,92 % 1,8 - 2,04	≤ 7,69 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden:				
Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	1,89 % 1,79 - 2	≤ 6,35 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 6,42	R10 ○ 0 / 56 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,03 1,01 - 1,06	≤ 2,42 (95. Perzentil)	1,05 ○ 0,45 - 2,26	R10 ○ 5 /56 (4,78)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,02 1 - 1,04	≤ 2,22 (95. Perzentil)	0,23 ○ 0,06 - 0,78	R10 ○ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 16 (S. 191)	1,07 1,03 - 1,1	-	0,87 0,24 - 2,94	- entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	97,35 % 97,22 - 97,48	≥ 90,00 %	100 % ○ 93,24 - 100	R10 ○ 53 /53 (entf.)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	9,83 % 9,6 - 10,06	≤ 15,00 %	7,27 % ○ 2,86 - 17,26	R10 ○ 4 /55 (entf.)
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	1,06 % 0,87 - 1,29	≤ 3,10 %	0 % ○ 0 - 25,88	R10 ○ 0 /11 (entf.)
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,2 1,05 - 1,38	≤ 7,25 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 121,51	R10 ○ 0 /11 (0,02)
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,78 % 0,59 - 1,03	≤ 3,00 %	0 % ○ 0 - 25,88	R10 ○ 0 /11 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	1,33 % 1,08 - 1,62	≤ 2,90 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,05 0,9 - 1,23	≤ 5,13 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 94,38	R10 ○ entf.
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	0,54 % 0,38 - 0,79	≤ 3,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,02 0,96 - 1,09	≤ 2,68 (95. Perzentil)	0,51 ○ 0,09 - 2,74	R10 ○ entf.
Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	0,99 % 0,89 - 1,11	-	0 % 0 - 4,53	- 0 / 81 (entf.)
Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	0,18 % 0,14 - 0,23	-	0 % 0 - 4,53	- 0 / 81 (entf.)
Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern				
EKez / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	1,45 % 1,33 - 1,59	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Ein Hörtest wurde durchgeführt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis I (S. 183)	98,18 % 98,08 - 98,26	≥ 95,00 %	97,71 % ○ 95,54 - 98,83	R10 ○ 341 / 349 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 24 (S. 194)	1 0,94 - 1,05	≤ 1,79 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 5,9	R10 ○ 0 / 12 (0,49)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	0,93 0,83 - 1,03	-	0 0 - 21,13	- 0 / 11 (0,13)
Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	1,01 0,88 - 1,17	-	0 0 - 63,14	- 0 / 10 (0,04)
Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	0,88 0,74 - 1,05	-	0 0 - 28,81	- 0 / 12 (0,10)
Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	1,12 1,01 - 1,23	-	0 0 - 14,01	- 0 / 10 (0,20)
Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
KKez / DeQS nein / Hinweis 15 (S. 190)	0,96 0,8 - 1,17	-	0 0 - 107,87	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS ja / Hinweis 10 (S. 187)	1,04 0,97 - 1,1	≤ 2,92 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 3,07	R10 ○ 0 / 331 (1,24)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,03 0,99 - 1,07	≤ 2,13 (95. Perzentil)	1,08 ○ 0,61 - 1,9	R10 ○ 11 / 343 (10,20)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,21 % 0,18 - 0,25	Sentinel Event	entf. ○ entf.	U62 ○ entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 25 (S. 195)	0,95 0,84 - 1,07	-	0 0 - 32,89	- 0 / 10 (0,08)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 26 (S. 196)	2,97 % 2,64 - 3,35	-	0 % 0 - 27,75	- 0 / 10 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	1,08 % 0,9 - 1,31	-	0 % 0 - 25,88	- 0 / 11 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 25 (S. 195)	1,11 1,01 - 1,21	-	0 0 - 12,74	- 0 / 10 (0,22)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 26 (S. 196)	6,99 % 6,39 - 7,64	-	0 % 0 - 27,75	- 0 / 10 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 25 (S. 195)	1,08 0,94 - 1,23	-	0 0 - 99,95	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 26 (S. 196)	4,57 % 4 - 5,21	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 25 (S. 195)	0,86 0,75 - 1	-	0 0 - 24,32	- 0 / 12 (0,12)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	1,77 % 1,53 - 2,05	-	0 % 0 - 24,25	- 0 / 12 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Schwerwiegende Schädigungen des Darms die eine Operation oder Therapie erfordert				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 18 (S. 192)	1,08 % 0,89 - 1,3	-	0 % 0 - 24,25	- 0 / 12 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	0,98 0,89 - 1,08	≤ 2,50 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 9,34	R10 ○ 0 / 12 (0,31)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 25 (S. 195)	0,93 0,83 - 1,03	-	0 0 - 21,13	- 0 / 11 (0,13)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 26 (S. 196)	3,67 % 3,3 - 4,08	-	0 % 0 - 25,88	- 0 / 11 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Versorgung von Früh- und Neugeborenen:				
Wachstum des Kopfes				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	9,79 % 9,28 - 10,32	≤ 19,49 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:				
Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,01 % 0,01 - 0,01	Sentinel Event	0 % ○ 0 - 0,02	R10 ○ 0 / 18.400 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:				
Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	0,01 % 0,01 - 0,01	-	entf. entf.	- entf.
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:				
Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 10 (S. 187)	1,18 1,17 - 1,19	≤ 2,68 (95. Perzentil)	1,05 ○ 0,82 - 1,34	R10 ○ 64 / 18.400 (60,81)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:				
Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/ oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	0,36 % 0,36 - 0,37	-	0,28 % 0,21 - 0,36	- 51 / 18.400 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:				
Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 8 (S. 187)	0,07 % 0,06 - 0,07	-	0,06 % 0,03 - 0,11	- 11 / 18.400 (entf.)
Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden):				
Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 183)	0,18 % 0,12 - 0,26	≤ 2,30 %	0 % ○ 0 - 12,06	R10 ○ 0 / 28 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
---	---	---------------------------	---	--

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden):
Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 27 (S. 196)	98,43 % 98,34 - 98,53	≥ 95,00 %	98,08 % ○ 93,26 - 99,47	R10 ○ 102 / 104 (entf.)
---	--------------------------	-----------	----------------------------	----------------------------

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 Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis 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.

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

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich;

U62 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: DeQS: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle;

U63 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: DeQS: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme);

A72 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig: DeQS: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt.

☝ = 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 I Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

- Hinweis 2** Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>
- Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.
- 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 Ag-gregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auf-fälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
- Hinweis 3** Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>
- Hinweis 4** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Hinweis 5 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.
Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehf150.
Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364

Hinweis 6 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

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. 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

Hinweis 7 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehf150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Hinweis 8 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

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

Hinweis 9 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Hinweis 10 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Hinweis 11 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Hinweis 12 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Hinweis 13 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Zeppenfeld et al. 2022). 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.

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/ehs150.

Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.

McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Zeppenfeld, K; Tfelt-Hansen, J; de Riva, M; Winkel, BG; Behr ER; Blom, NA; et al. (2022): 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. European Heart Journal 43(40): 3997-4126. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac262.

Hinweis 14 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Gera-edts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Hinweis 15 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Hinweis 16 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Hinweis 17 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Hinweis 18 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Hinweis 19 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Hinweis 20 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Hinweis 2 | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Hinweis 22 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

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

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Hinweis 23 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Hinweis 24 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).

Hinweis 25

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Hinweis 26 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

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

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Hinweis 27 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

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 sowie 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. 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

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

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

Leistungsbereich

Diabetes mellitus Typ 1

Diabetes mellitus Typ 2

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Neben der Teilnahme am externen Qualitätssicherungsverfahren des IQTIG Instituts nimmt das Städtische Krankenhaus Kiel freiwillig an folgenden weiteren externen vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

- Externe Qualitätssicherung "Diabetes mellitus bei Kindern"
- Externe Qualitätssicherung "Mukoviszidose"
- Bundesweite Infektions-Surveillance der Frühgeborenen (Neo-KISS)

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	26

Stammzelltransplantation	
Mindestmenge	25
Erbrachte Menge	25

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Mindestmenge	50
Erbrachte Menge	35
Begründung bei Unterschreitung	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung erstmalig erbringt und den Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. §§ 6, 7 Mm-R).

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	ja
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt	ja
Erbrachte Menge 2022	26
In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	20

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ06	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2
CQ27	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QS-Richtlinie bronchoskopische LVR /QS-RL BLVR)

Perinatalzentrum

Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org.

Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt: ja

Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-RL teil: nein

Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht vollumfänglich erfüllt haben.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

	Anzahl ¹
1. Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ² unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	152
2. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	121
3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	112

¹ Angabe in Personen

² Nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	C2M3 - Viszeralmedizin	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	C2M3 - Viszeralmedizin	Nacht	83,33 %	0
Allgemeine Chirurgie	CHI - Chirurgie	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	CHI - Chirurgie	Nacht	41,67 %	4
Gynäkologie und Geburtshilfe	GBI	Tag	100 %	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	GBI	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	GE1 - Geriatrie	Tag	100 %	0
Geriatrie	GE1 - Geriatrie	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	GE2 - Geriatrie	Tag	100 %	0
Geriatrie	GE2 - Geriatrie	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	GE3 - Geriatrie	Tag	100 %	0
Geriatrie	GE3 - Geriatrie	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	GE4- Geriatrie	Tag	100 %	0
Geriatrie	GE4- Geriatrie	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	GE5 - Geriatrie	Tag	100 %	0
Geriatrie	GE5 - Geriatrie	Nacht	100 %	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	GU2	Tag	100 %	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	GU2	Nacht	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	IAS - Interdisziplinäre Aufnahmestation Innere	Tag	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	IAS - Interdisziplinäre Aufnahmestation Innere	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	INI- Innere Medizin Intensiv	Tag	100 %	0
Intensivmedizin	INI- Innere Medizin Intensiv	Nacht	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	INKA	Tag	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	INKA	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	INO- Operative Intensivstation	Tag	100 %	0
Intensivmedizin	INO- Operative Intensivstation	Nacht	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	M11 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Tag	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	M11 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Nacht	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	M12 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Tag	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	M12 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Nacht	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	M13 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Tag	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	M13 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Nacht	83,33 %	1
Innere Medizin	M22P - 2. Medizin	Tag	100 %	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Innere Medizin	M22P - 2. Medizin	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	M23 - 2. Medizin	Tag	100 %	0
Innere Medizin	M23 - 2. Medizin	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	M24 - 2. Medizin	Tag	100 %	0
Innere Medizin	M24 - 2. Medizin	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	M32 - 3. Medizin	Tag	100 %	5
Innere Medizin	M33 - 3. Medizin	Tag	100 %	0
Innere Medizin	M33 - 3. Medizin	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	M4I	Tag	100 %	0
Innere Medizin	M4I	Nacht	100 %	0
Allgemeine Pädiatrie	PA3 - Pädiatrie	Tag	100 %	0
Allgemeine Pädiatrie	PA3 - Pädiatrie	Nacht	100 %	0

¹ Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad ¹
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	C2M3 - Viszeralmedizin	Tag	82,47 %
Allgemeine Chirurgie	C2M3 - Viszeralmedizin	Nacht	37,81 %
Allgemeine Chirurgie	CH1 - Chirurgie	Tag	81,1 %
Allgemeine Chirurgie	CH1 - Chirurgie	Nacht	30,41 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	GB1	Tag	95,89 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	GB1	Nacht	100 %
Innere Medizin	GE1 - Geriatrie	Tag	93,15 %
Geriatrie	GE1 - Geriatrie	Nacht	79,18 %
Innere Medizin	GE2 - Geriatrie	Tag	95,78 %
Geriatrie	GE2 - Geriatrie	Nacht	88,52 %
Innere Medizin	GE3 - Geriatrie	Tag	92,33 %
Geriatrie	GE3 - Geriatrie	Nacht	89,32 %
Innere Medizin	GE4- Geriatrie	Tag	100 %
Innere Medizin	GE4- Geriatrie	Nacht	100 %
Geriatrie	GE4- Geriatrie	Nacht	100 %
Innere Medizin	GE5 - Geriatrie	Tag	99,65 %
Geriatrie	GE5 - Geriatrie	Nacht	100 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	GU2	Tag	98,56 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	GU2	Nacht	98,88 %
Innere Medizin, Kardiologie	IAS - Interdisziplinäre Aufnahmestation Innere	Tag	100 %
Innere Medizin, Kardiologie	IAS - Interdisziplinäre Aufnahmestation Innere	Nacht	100 %
Intensivmedizin	INI- Innere Medizin Intensiv	Tag	89,59 %
Intensivmedizin	INI- Innere Medizin Intensiv	Nacht	91,23 %
Innere Medizin, Kardiologie	INKA	Tag	100 %

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad ¹
Innere Medizin, Kardiologie	INKA	Nacht	100 %
Intensivmedizin	INO- Operative Intensivstation	Tag	90,68 %
Intensivmedizin	INO- Operative Intensivstation	Nacht	86,85 %
Innere Medizin, Kardiologie	M11 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Tag	87,25 %
Innere Medizin, Kardiologie	M11 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Nacht	96,2 %
Innere Medizin, Kardiologie	M12 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Tag	100 %
Innere Medizin, Kardiologie	M12 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Nacht	100 %
Innere Medizin, Kardiologie	M13 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Tag	67,67 %
Innere Medizin, Kardiologie	M13 - Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Nacht	57,26 %
Innere Medizin	M22P - 2. Medizin	Tag	100 %
Innere Medizin	M22P - 2. Medizin	Nacht	100 %
Innere Medizin	M23 - 2. Medizin	Tag	97,03 %
Innere Medizin	M23 - 2. Medizin	Nacht	99,11 %
Innere Medizin	M24 - 2. Medizin	Tag	99,73 %
Innere Medizin	M24 - 2. Medizin	Nacht	100 %
Innere Medizin	M32 - 3. Medizin	Tag	8,7 %
Innere Medizin	M33 - 3. Medizin	Tag	83,84 %
Innere Medizin	M33 - 3. Medizin	Nacht	84,66 %
Innere Medizin	M4I	Tag	95,07 %
Innere Medizin	M4I	Nacht	90,14 %
Allgemeine Pädiatrie	PA3 - Pädiatrie	Tag	100 %
Allgemeine Pädiatrie	PA3 - Pädiatrie	Nacht	100 %

¹ Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.

- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.

- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Am Krankenhausstandort werden keine Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Unser Selbstverständnis bildet die Qualitätspolitik in Bezug auf die Patientenversorgung ab:

- Wir sind der interdisziplinäre Schwerpunktversorger Kiels!

Für jedes Alter und über Fachgrenzen hinweg erbringen wir komplexe medizinische Leistungen als hochkompetentes Team gemeinsam.

- Wir pflegen Kooperation!

*Zum Wohle unserer Patient*innen arbeiten wir eng mit anderen Partnern im Gesundheitswesen zusammen.*

- Wir kümmern uns um die Menschen in der Region!

Wer zu uns kommt, erfährt Hilfe - fürsorglich, menschlich und verantwortungsbewusst.

D-2 Qualitätsziele

Neben der Patientenorientierung, die wir durch die Veröffentlichung unseres Selbstverständnisses kommunizieren, fühlen wir uns auch folgenden Themen verpflichtet:

- Mitarbeiterorientierung
- Transparenz und Optimierung der Prozesse
- Sicherheit im Krankenhaus
- Kontinuierliche Verbesserung

Die Qualitätspolitik konkretisiert sich in formulierten Qualitätszielen, die in Zusammenarbeit zwischen der Stabsstelle Unternehmenskommunikation und Qualitätsmanagement (UKM) und dem Direktorium festgelegt werden. Hierzu gehört u.a. eine hohe Patientenzufriedenheit, aber auch die Zufriedenheit der einweisenden Ärzt*innen in Bezug auf die Versorgung ihrer Patient*innen. Voraussetzungen hierfür sind Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserungen in der Organisation und in den Prozessen sowie eine hohe Mitarbeitermotivation. So werden u.a. im Rahmen des klinischen Risikomanagements hohe Sicherheitsstandards definiert und regelmäßig überprüft.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Übergeordnet verantwortlich für das Qualitätsmanagement (QM) im Städtischen Krankenhaus Kiel ist die Geschäftsführung. Sie sorgt für die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für das QM, z.B. durch:

- Strategische Vorgaben
- Funktionsfähige Strukturen und ausreichende Ressourcen
- Entscheidungen über und Beauftragung von QM-Projekten und QM-Maßnahmen

QM-Lenkungsgruppe (QML)

Wichtigstes Entscheidungs- und Koordinationsgremium in allen Belangen des QM ist das Direktorium unter Einbeziehung des Betriebsrates und des QM-Beauftragten. Bei der Besetzung der QML ist berücksichtigt, dass Mitglieder*innen aus den relevanten Berufsgruppen vertreten sind. Alle Mitglieder*innen gehören der Leitungsebene an. Eine Satzung für die QML ist erarbeitet, aus der auch die Aufgaben hervorgehen.

Stabsstelle Unternehmenskommunikation und Qualitätsmanagement (UKM)

Bei der Geschäftsführung ist die Stabsstelle UKM angesiedelt. Die Aufgaben und Zuständigkeiten der Mitarbeiter*innen des UKM sind in deren Funktionsbeschreibung festgelegt. Die Stabsstelle UKM ist zuständig für eine reibungslose Koordination und Kommunikation in QM-Belangen zwischen der Geschäftsführung, der QML und dem gesamten Städtischen Krankenhaus Kiel. Die Stabsstelle UKM ist erster Ansprechpartner für alle QM-bezogenen Tätigkeiten im Städtischen Krankenhaus Kiel und koordiniert diese. Hierzu gehören Zuständigkeiten für folgende Aufgaben:

- Beratung der Geschäftsführung und der QML in allen QM-Belangen
- Berichterstattung gegenüber der Geschäftsführung und der QML
- Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten
- Veröffentlichung der und Information über Projektergebnisse und Maßnahmen (Intranet/ QM-Handbuch)
- Moderation und methodische Unterstützung von Projekt-/ Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln etc.
- Planung und Durchführung von verschiedenen Instrumenten des QM (z.B. Beschwerdemanagement, Fehlermanagement, Zufriedenheitsbefragungen, betriebliches Vorschlagswesen)
- Erstellung von Qualitätsberichten
- Information der Mitarbeiter*innen über QM-Aktivitäten und Ansprechpartner für Mitarbeiter*innen
- Durchführung interner Audits in den Abteilungen
- Vorbereitung und Koordination von QM-Zertifizierungen
- Abstimmung mit externen Firmen und Dienstleistern (z.B. Zertifizierungsgesellschaft) in QM-Belangen

Einbindung der Abteilungen und Berufsgruppen

Über die QML ist sichergestellt, dass Mitarbeiter*innen aus allen Berufsgruppen in die QM-Organisation eingebunden sind. Alle leitenden Mitarbeiter*innen (Chefärzt*innen, pflegerische Bereichsleitungen und Abteilungsleitungen) sind über ihre Leitungsfunktion verpflichtet, in ihren Bereichen über relevante Aspekte des QM zu informieren und deren Umsetzung sicherzustellen. Dabei werden sie durch die Stabsstelle UKM unterstützt, die auch besonders eng mit den Leitungen und Koordinator*innen der Organkrebszentren und zertifizierten Abteilungen zusammenarbeitet. Die Stabsstelle UKM bietet auf Anfrage individuelle Beratungsgespräche für die Führungskräfte des Hauses an. Weitere Informationen an die Abteilungen und Berufsgruppen erfolgen über das Intranet/ QM-Handbuch, z. B. durch hinterlegte Protokolle und Dokumente.

Zudem werden Mitarbeiter*innen der verschiedenen Abteilungen und Berufsgruppen über die aktive Mitarbeit in Projekten und Maßnahmen in das QM eingebunden. Nur dadurch sind der Praxisbezug und somit die erfolgreiche Umsetzung im Klinikalltag sichergestellt.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Begehungen und Audits

Begehungen finden insbesondere in denjenigen Bereichen statt, in denen gesetzliche Auflagen erfüllt sein müssen und eine Inaugenscheinnahme zur Beurteilung am besten geeignet ist (Themen: Arbeitssicherheit, Brandschutz, Hygiene, Arzneimittellagerung etc.). Das Ergebnis von Begehungen muss stets vom Begehenden protokolliert werden und den Verantwortlichen der begangenen Bereiche zugänglich gemacht werden. Das Protokoll muss von den Bereichsverantwortlichen systematisch abgearbeitet werden. Folgende Begehungen finden regelhaft statt:

- Arbeitsschutzbegehung
- Hygienebegehung
- Brandschutzbegehung
- Stationsbegehung durch die Apotheke zur Überprüfung der Arzneimittel und Medizinprodukte
- Datenschutzbegehung

Interne und externe Audits sind ein weiterer Bestandteil der internen Qualitätssicherung.

Fehler-, Korrektur- und Vorbeugungsmanagement

Im Städtischen Krankenhaus Kiel ist ein Fehlermanagementsystem fest etabliert. Das Verfahren, das auch Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen einschließt, ist in der Handlungsanweisung „Fehler-, Korrektur- und Vorbeugungsmanagement“ beschrieben. Ein elektronisches Formular zur Meldung von kritischen Ereignissen ist im Intranet hinterlegt. Die Mitarbeiter*innen können dieses Formular direkt online ausfüllen und anonym an das QM versenden.

Managementbewertung

Um die Angemessenheit und die Wirksamkeit des QM-Systems in den zertifizierten Abteilungen regelhaft zu überprüfen, ist jährlich eine Managementbewertung gemäß ISO-Norm vorgesehen. Die Handlungsanweisung „Managementbewertung“ legt die Zuständigkeiten und Modalitäten der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung dieses Qualitätssicherungsinstrumentes fest.

QM-Kennzahlensystem

Zur kontinuierlichen Überprüfung der formulierten Ziele, wurde im Städtischen Krankenhaus Kiel ein Zielsystem eingeführt. Dieses ordnet den fünf Themengebieten der Qualitätspolitik Qualitätsziele zu, deren Erreichung wiederum mithilfe von Kennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren gemessen und überprüft wird. Die Kennzahlen sollen fortlaufend erhoben werden. Einmal jährlich bewertet die QML die Zielerreichung und diskutiert gegebenenfalls notwendige Maßnahmen.

Zufriedenheitsbefragungen

Patientenbefragung im Städtischen Krankenhaus Kiel

Im Städtischen Krankenhaus Kiel werden regelmäßig schriftliche Patientenzufriedenheitsbefragungen durchgeführt.

Bei dieser Befragung werden entlassene Patient*innen, die innerhalb eines definierten Zeitraumes stationär im Krankenhaus waren, berücksichtigt. Die Sammlung und Auswertung der eingegangenen Fragebögen verantwortet die Stabsstelle UKM. Die Fragebögen werden nach Abschluss der Auswertung datenschutzkonform vernichtet.

Der Ergebnisbericht wird durch das UKM in diversen Gremien des Hauses vorgestellt.

Anschließend leitet das UKM mögliche Verbesserungsmaßnahmen aus den Befragungsergebnissen ab. Diese werden dem Direktorium als Entscheidungsvorlage übermittelt. Das Direktorium beschließt die umzusetzenden Maßnahmen, die dann durch die Direktoriumsmitglieder in deren Zuständigkeitsbereichen kommuniziert werden. Den Mitarbeiter*innen werden die Ergebnisse der Patientenbefragung im Besprechungswesen und über das Intranet bekanntgegeben. Die Ergebnisse sollen zukünftig der interessierten Öffentlichkeit auszugsweise auf der Internetseite des Krankenhauses vorgestellt.

Die Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen wird in der QML überprüft.

Patientenbefragung in den Organkrebszentren

In den Krebszentren werden kontinuierliche und temporäre Patientenbefragungen durchgeführt. Jede*r Zentrumspatient*in erhält mit seiner Patientenmappe einen Fragebogen, den sie/er während seines stationären Aufenthalts oder im Anschluss ausfüllen kann. Die Auswertung obliegt der Stabsstelle UKM, die die Ergebnisse dem/der zuständigen Zentrumskoordinator*in rückmeldet. Gemeinsam werden Verbesserungspotenziale definiert und Maßnahmen abgeleitet.

Mitarbeiterbefragung

Im Städtischen Krankenhaus Kiel soll alle drei Jahre eine schriftliche Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung stattfinden.

Im Vorfeld der Mitarbeiterbefragung wird eine Projektgruppe eingerichtet, die berufsgruppenübergreifend besetzt ist. Die Datenschutzbeauftragte und der Betriebsrat werden in die Projektarbeit einbezogen. Die Projektgruppe erarbeitet einen Projektablauf- und -zeitplan.

Die Fragebögen werden durch die Projektgruppe in Eigenregie und in Abstimmung mit den anderen Häusern des 6K-Verbundes erstellt oder gemeinsam mit einem beauftragten Befragungsinstitut entwickelt.

Bei dieser Befragung werden alle Mitarbeiter*innen des Städtischen Krankenhauses Kiel, die zum Zeitpunkt der Befragung vertraglich im Krankenhaus beschäftigt sind, berücksichtigt. Die Mitarbeiter*innen erhalten einen Fragebogen per Hauspost. Die Abgabe der Fragebögen erfolgt an den im Haus eingerichteten Sammelstellen. Verantwortlich für die Auswertung ist das beauftragte Befragungsinstitut in Zusammenarbeit mit den Projektbeteiligten. Die Fragebögen werden nach Abschluss der Auswertung datenschutzkonform vernichtet.

Der Ergebnisbericht wird durch das beauftragte Befragungsinstitut in diversen Gremien des Hauses vorgestellt.

Anschließend werden durch die Gremien und Führungskräfte der Abteilungen mögliche Verbesserungsmaßnahmen aus den Befragungsergebnissen abgeleitet. Diese werden dem Direktorium als Entscheidungsvorlage übermittelt. Das Direktorium beschließt die umzusetzenden Maßnahmen, die dann durch die Direktoriumsmitglieder in deren Zuständigkeitsbereichen kommuniziert werden. Den Mitarbeiter*innen werden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung in der Betriebsversammlung, dem Besprechungswesen und über das Intranet bekanntgegeben.

Einweiserbefragung

Ziel ist es, mindestens alle drei Jahre die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit dem Städtischen Krankenhaus Kiel zu ermitteln. Durch die schriftliche Befragung sollen Verbesserungspotenziale in der Zusammenarbeit mit den Einweisern identifiziert werden.

Die Koordination der Befragung sowie die Auswertung obliegen dem UKM. Das Verfahren ist analog zu dem der Patienten- und Mitarbeiterbefragung zu sehen und wird fachabteilungsindividuell abgestimmt und umgesetzt.

Anbieterbewertung

Die Anbieterbewertung zielt darauf ab, Anbieter- und Dienstleisterbeziehungen systematisch zu beurteilen und aus der Auswertung Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten bzw. eventuell bestehendes Optimierungspotenzial zu nutzen.

Beschwerdemanagement

Das Beschwerdemanagement des Städtischen Krankenhauses Kiel ist in der Handlungsanweisung zum Beschwerdemanagement beschrieben. Es kann von allen externen Anspruchsgruppen (Patient*innen, Angehörige, Besucher, Dienstleister etc.) genutzt werden. Ziel ist es, jeder/jedem Beschwerdeführer*in in einem angemessenen Zeitraum eine Rückmeldung zu seinem formulierten Anliegen zu geben und ggf. Verbesserungspotenziale bei der Patientenversorgung zu identifizieren.

Betriebliches Vorschlagswesen

Die Kreativität der Mitarbeiter*innen soll der Verbesserung der Qualität im Städtischen Krankenhaus Kiel dienen. Die Mitarbeiter*innen sind ausdrücklich aufgefordert, ihr Wissen, ihre Erfahrung und ihre Ideen in Form von Verbesserungsvorschlägen einzubringen. Für diese Mitarbeit ist eine Prämierung in Form eines einmaligen Gehaltszuschlages vorgesehen. Einzelheiten zum Vorschlagswesen sind in der Handlungsanweisung zum Betrieblichen Vorschlagswesen geregelt.

Projektmanagement

Für umfangreiche und abteilungsübergreifende Vorhaben werden im Städtischen Krankenhaus Kiel Projektgruppen eingerichtet. Die Geschäftsführung oder die jeweilige Führungskraft entscheidet über die Einrichtung einer Projektgruppe und benennt die Projektleitung. Diese ist für die Besetzung ihrer Projektgruppe

zuständig. Teilweise sind die Teilnehmer*innen vorgegeben. Die Koordination und die Dokumentation des Projektes obliegen der Projektleitung.

Qualitätszirkel

Die Qualitätsmanagementbeauftragte*innen und Zentrumskoordinator*innen sind für die Organisation von Qualitätszirkeln in ihrem jeweiligen Zentrum oder der Abteilung verantwortlich. Die Zirkel finden regelmäßig und gemäß den Vorgaben des jeweiligen Erhebungsbogens (DKG/ OnkoZert) statt und werden protokolliert.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Erweitertes Versorgungsangebot: Kurse für schwangere Frauen

Viele Risikofaktoren für eine Frühgeburt sind bekannt und können positiv beeinflusst werden. Die Kurse für schwangere Frauen decken die vier klassischen Bereiche der Prävention ab:

- Raucherentwöhnung
- Ernährungsberatung
- Entspannungstraining
- Bewegungstraining/Fitnessstraining.

Die Kurse stehen Versicherten aller Krankenkassen offen.

Ziele:

- erweiterte Vorsorge in der Schwangerschaft
- Verminderung von Frühgeburten durch präventive Maßnahmen

Maßnahmen:

- Organisation und Durchführung der Kurse
- Ausrichtung der Kurse speziell auf die Bedürfnisse der schwangeren Frauen
- Kurse in kleinen Gruppen
- Indikationsspezifische Kursinhalte

Projektelevaluation:

- Befragung der Teilnehmerinnen hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Kursen
- Befragung der Teilnehmerinnen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Organisation (telefonischer Kontakt, Unterlagenversand, Beratung)

Projektname: ‚Schüler leiten eine Station‘

Um die Attraktivität der Ausbildung weiter zu stärken und damit als innovativer Ausbildungsbetrieb auch über die Grenzen unseres Hauses hinaus eine hohe Ausbildungsqualität zu signalisieren, festigen wir die Handlungskompetenz unserer Schüler*innen im Rahmen eines neuen Praxiskonzeptes.

Mit folgender Zielsetzung initiieren wir das folgende Projekt als festen Ausbildungsbestandteil am Bildungszentrum:

Auszubildende des dritten Lehrjahres übernehmen kurz vor Abschluss ihrer Ausbildung und in Vorbereitung auf ihr Examen die Organisation und pflegerische Versorgung einer Patientenstation unseres Hauses.

Mit einem Umfang von drei Wochen übernehmen die Schüler*innen in Eigenverantwortung neben der Dienstplangestaltung auch die Umsetzung medizinischer Vorgaben und pflegerischer Notwendigkeiten in Eigenverantwortung. Während des gesamten Projektes werden die Auszubildenden durch einen Bestand aus dem Stammpersonal der Station unterstützt sowie durch das Team aus Lehrkräften und Praxisanleiter*innen des Bildungszentrums kontinuierlich unterstützend evaluiert. Auf diese Weise wird die uneingeschränkte Patientensicherheit gewährleistet und gleichzeitig werden die Schüler*innen an eigenverantwortliches Arbeiten herangeführt.

Sowohl ärztliche Klinikleitung, die Pflegedirektion als auch Patient*innen und Angehörige sind frühzeitig über das Projekt und dessen Inhalte informiert worden.

Folgende Lernziele stehen dabei im Fokus:

- Stärkung der beruflichen Handlungskompetenz
- Aufbau eigenverantwortlichen professionellen Pflegeverständnisses

- Theorie-/Praxis-Transfer
- Stärkung pflegeelementarer Softskills (Kommunikation, Gesprächsführung, Teamentwicklung, Kritikfähigkeit etc.)
- Einführung in eigenverantwortliche Arbeitsorganisation (Priorisierung, Strukturierung, Delegation, Zeitmanagement usw.)
- Erhöhung der Ausbildungsqualität/-attraktivität

Nach einer umfangreichen Einführung im Zuge einer vorgeschalteten Unterrichtswochen am Bildungszentrum übernehmen die Auszubildenden die Leitung und Organisation der Station. Es werden Dienstpläne erstellt, Arbeitsaufgaben verteilt, Visiten begleitet, Patienten betreut, Medikamente gerichtet, Patientengespräche geführt, pflegerische Dokumentationen ausgearbeitet und - falls erforderlich - Mitarbeiter- oder Konfliktlösungsgespräche miteinander geführt. Die erfahrenen examinierten Kolleg*innen stehen währenddessen mit Rat und Tat zur Seite, um lückenlos die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Neben der Organisation der Abläufe gilt es, pflegerische Fachkompetenz umzusetzen beispielsweise im Bereich der Erfassung passgenauer Pflegeinterventionen und der damit verbundenen Erstellung von Pflegeplanung, Patientenberatung und -anleitung, Anlage von Verbänden, das Richten von Infusionen sowie das Einhalten hygienischer Vorgaben.

In einer umfangreichen abschließenden Evaluation reflektieren die Schüler*innen ihren Rollenwechsel. Dabei steht u.a. die Auseinandersetzung mit der Verantwortungsübernahme im Mittelpunkt, aber auch die verlässliche Zusammenarbeit im Team sowie die intensive Verknüpfung theoretischen Wissens mit praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten.

Die Auswertung sowohl auf der Ebene examinierter Pflegekräfte und Mediziner*innen als auch auf der Ebene der Schüler*innen stellt sich vorwiegend positiv dar. Optimierungsbedarf und konstruktive Kritik werden offen miteinander diskutiert und fließen in die Gestaltung für das kommende Projekt ein.

Die Fülle der positiven Rückmeldungen lässt sich insbesondere in einer Schülersaussage sehr gut zusammenfassen: „Ich bin noch nie so gerne zur Arbeit gekommen!“

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Neben dem hauseigenen QM, sind mehrere Zentren, Kliniken und Institute im Städtischen Krankenhaus Kiel nach der Norm DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Diese Norm definiert klare Anforderungen an ein QM-System und ist branchenübergreifend einsetzbar. Im Fokus der Norm stehen die Zufriedenheit unserer Kund*innen/Patient*innen und die stetige Verbesserung der Qualität. Dazu führen wir regelmäßig Interne Audits durch und werden jährlich durch externe Überwachungsaudits kontrolliert. Alle drei Jahre erfolgt eine Re-Zertifizierung durch unabhängige Expert*innen, die die Anforderungen der Norm vor Ort überprüfen.

Folgende Zentren, Kliniken und Institute sind **nach DIN EN ISO 9001:2015** zertifiziert:

- Darmkrebszentrum
- Gynäkologisches Krebszentrum
- Prostatakrebszentrum
- 2. Medizinische Klinik (Hämatologie/Onkologie)
- Apotheke
- Radiologie
- Pathologie

Die Gründung der Zentren ist die logische Folge der fortlaufenden Bemühungen des Städtischen Krankenhaus Kiels, die Strukturen und Abläufe über Klinikgrenzen hinaus zu optimieren. Dabei steht die interdisziplinäre Behandlung der Patient*innen im Mittelpunkt der Bemühungen. Eine patientenorientierte Vorgehensweise hat auch die vorstationäre und nachstationäre Behandlung im Fokus. Hier wird insbesondere auf die Vernetzung mit der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzt*innen, Pflegedienste und andere Einrichtungen Wert gelegt.

Bei der bisher bereits sehr engen Zusammenarbeit aller Behandlungspartner ist die Etablierung der Krebszentren ein weiterer Meilenstein, um kontinuierlich eine verbesserte Versorgung der Patient*innen zu erreichen.

Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft

Von den medizinischen Fachgesellschaften wurden für ausgewählte Organe (Brust, Darm, Prostata, ...) spezifische fachliche Anforderungen festgelegt, um eine ganzheitliche Versorgung von Krebspatient*innen sicherzustellen. Ein Krebszentrum muss vor der Zertifizierung umfassende Kriterien, die durch die Deutsche Krebsgesellschaft definiert wurden, erfüllen. Die Kriterien umfassen nicht nur den Weg von der Diagnose bis hin zur Therapie und Nachsorge, sondern auch die Qualifikation der Ärzt*innen und des Pflegepersonals, die sie während Ihrer Behandlung betreuen. Außerdem müssen Vorgaben zur Ausstattung, die Einhaltung therapeutischer Standards und der Arbeitsabläufe erfüllt werden.

Die Zentren verfolgen dabei das Ziel, den Patient*innen eine den aktuellen Leitlinien der Krebsgesellschaft entsprechende und zugleich den individuellen Anforderungen gerecht werdende Behandlung zukommen zu lassen. Diese wird von den Kliniken des Städtischen Krankenhaus Kiels gemeinsam strukturiert, kontinuierlich weiterentwickelt und aktiv mitgetragen.

Weitergehende Ziele sind:

- Informationsveranstaltungen für Mediziner*innen, Patient*innen und Angehörige
- Erweiterung des psychoonkologischen Angebotes für betroffene Patient*innen und deren Angehörige
- Angebot und Koordination von Vor- und Nachsorgeprogrammen
- Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Mitarbeiter*innen und Berufsgruppen
- Ausweitung des Angebotes für die Teilnahme an klinischen Studien

Alle am Städtischen Krankenhaus Kiels zu behandelnden Tumorentitäten werden unter dem Dach des Onkologischen Zentrums nach den gleichen fachlichen Qualitätsanforderungen versorgt. Alle an der Patientenversorgung beteiligten internen und externen Behandlungspartner sollen in einem interdisziplinären Netzwerk die gesamte Versorgungskette für die betroffenen Krebspatient*innen abbilden.

Folgende Krebszentren sind nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft erfolgreich zertifiziert und werden jährlich von Fachexperten der Zertifizierungsgesellschaft "OnkoZert" überprüft:

- Onkologisches Zentrum <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/onkologisches-zentrum>
- Viszeralonkologisches Zentrum <https://www.krankenhaus-kiel.de/zentren/viszeralonkologisches-krebszentrum>
- Darmkrebszentrum <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/darmkrebszentrum>
- Pankreaszentrum <https://www.krankenhaus-kiel.de/zentren/pankreaskrebszentrum>
- Gynäkologisches Krebszentrum <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/gynaekologisches-krebszentrum>
- Zentrum für Hämatologische Neoplasien <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken-zentren/zentren/haemato-onkologisches-zentrum>

Zentrum für Alterstraumatologie in Kiel

Im April 2021 wurde das Zentrum für Alterstraumatologie in Kiel nach den Kriterien der deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie rezertifiziert. Für die Erlangung des Zertifikates müssen die am Zentrum für Alterstraumatologie beteiligten Fachabteilungen und Kooperationspartner eine Reihe von strengen Anforderungen erfüllen und kontinuierlich an der Verbesserung von Prozessen und Strukturen arbeiten.

Akkreditierung des Zentrallaboratoriums

Das Zentrallabor der Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH wurde bereits im Jahre 2000 als eines der ersten Krankenhauslaboratorien in Deutschland durch die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten (ZLG) akkreditiert. Akkreditierung bedeutet, dass dem Labor durch externe Fachgutachter*innen auf der Grundlage von Fragenkatalogen der Fachgesellschaften, dem QM-System und einer Laborbegehung bestimmte Kompetenzen bescheinigt werden. Dem Zentrallaboratorium wurde in wiederholten Reakkreditierungen erneut bestätigt, dass es die Kompetenz nach DIN EN ISO 15189 für die Erhebung klinischer Daten in den Fachgebieten Hämatologie, Hämostaseologie, Klinische Chemie, Immunologie, Transfusionsmedizin/ Immunhämatologie und Mikrobiologie besitzt. Zusätzlich ist das Labor auch nach DIN EN ISO/IEC 17025 akkreditiert und besitzt die Kompetenz, Prüfungen zur Krankenhaushygiene durchzuführen. Die Sicherung dieses hohen Qualitätsstandards erfolgt neben externen Überwachungsaudits u.a. auch durch interne Audits, die überprüfen, ob die Mitarbeiter*innen des Labors die Verfahrens- und Standardarbeitsanweisungen des abteilungsinternen Qualitätsmanagementhandbuches anwenden. Auf diese Weise kann eine gleichbleibend hohe Qualität der Laboruntersuchungen gewährleistet werden. Die aktuelle Akkreditierung des Labors mit der Akkreditierungsnummer D-PL-13216-01-00 (DIN EN ISO/IEC 17025:2005) ist gültig bis zum 05.07.2022 sowie mit der Akkreditierungsnummer D-ML-13216-01-00 (DIN EN ISO 15189:2014) bis zum 19.06.2022.

Glossar

1. Med
2. Med
3. Med
4. Med
SKK

1. Medizinische Klinik - Kardiologie
2. Medizinische Klinik - Hämatologie & Onkologie
3. Medizinische Klinik - Gastroenterologie & Rheumatologie
4. Medizinische Klinik - Pneumologie
Städtisches Krankenhaus Kiel

Impressum

Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH
Chemnitzstr. 33
24116 Kiel

Telefon 0431 1697-0
Telefax 0431 1697-4131
www.krankenhaus-kiel.de

Redaktion, Layout:

Unternehmenskommunikation und
Qualitätsmanagement

Marc Schütze

Telefon 0431 1697-4085

E-Mail marc.schuetze@krankenhaus-kiel.de