



## Qualitätsbericht 2021

---

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137Abs. 1  
Satz 3 Nr. 6 SGBV für das Berichtsjahr 2021

**Liebe Leser\*in,**

ein notwendiger Klinikaufenthalt wirft für jede(n) Patient\*in und Familienangehörigen im Vorfeld viele Fragen, Sorgen und eventuell Ängste auf.

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.

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.

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. Ullrich**  
(Ärztlicher Direktor)



**Sabine Schmidt**  
(Pflegedirektorin)

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
<b>A</b> 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 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	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.....	24
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	24
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.....	25
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).....	26
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-13 Besondere apparative Ausstattung.....	29
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	29
A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe.....	30
A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	30
A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung.....	30

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen).....	30
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....</b>	<b>31</b>
B-1 1. Medizinische Klinik – Kardiologie.....	32
B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	34
B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	34
B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	34
B-1.4 [unbesetzt].....	35
B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	35
B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	35
B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	35
B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	36
B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	36
B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	36
B-1.11 Personelle Ausstattung.....	37
B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	37
B-1.11.2 Pflegepersonal.....	37
B-2 2. Medizinische Klinik – Hämatologie & Onkologie.....	40
B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	43
B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	43
B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	43
B-2.4 [unbesetzt].....	43
B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	44
B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	44
B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	44
B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	44
B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	45
B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	45
B-2.11 Personelle Ausstattung.....	45
B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	45
B-2.11.2 Pflegepersonal.....	46
B-2.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	48
B-3 3. Medizinische Klinik – Gastroenterologie & Rheumatologie.....	49
B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	51
B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	51
B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	51
B-3.4 [unbesetzt].....	52
B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	52
B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	52
B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	52
B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	52
B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	52
B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	53
B-3.11 Personelle Ausstattung.....	53
B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	53
B-3.11.2 Pflegepersonal.....	53
B-4 4. Medizinische Klinik – Pneumologie.....	56
B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	58



B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	58
B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	58
B-4.4 [unbesetzt].....	58
B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	58
B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	59
B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	59
B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	59
B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	60
B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	60
B-4.11 Personelle Ausstattung.....	60
B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	60
B-4.11.2 Pflegepersonal.....	60
B-5 Chirurgische Klinik.....	62
B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	65
B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	65
B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	65
B-5.4 [unbesetzt].....	67
B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	67
B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	68
B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	68
B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	69
B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	71
B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	71
B-5.11 Personelle Ausstattung.....	72
B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	72
B-5.11.2 Pflegepersonal.....	72
B-5.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	74
B-6 Viszeralmedizin.....	75
B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	77
B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	77
B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	77
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.....	79
B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	79
B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	79
B-6.11 Personelle Ausstattung.....	79
B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	79
B-6.11.2 Pflegepersonal.....	80
B-7 Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin.....	83
B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	85
B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	85
B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	85
B-7.4 [unbesetzt].....	85
B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	85
B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	85
B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	87

B-7.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	87
B-7.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	87
B-7.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	87
B-7.11	Personelle Ausstattung.....	87
B-7.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	87
B-7.11.2	Pflegepersonal.....	88
B-8	Frauenklinik.....	90
B-8.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	92
B-8.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	92
B-8.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	92
B-8.4	[unbesetzt].....	93
B-8.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	93
B-8.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	93
B-8.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	94
B-8.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	94
B-8.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	94
B-8.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	94
B-8.11	Personelle Ausstattung.....	94
B-8.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	94
B-8.11.2	Pflegepersonal.....	95
B-9	Klinik für Urologie.....	97
B-9.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	99
B-9.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	99
B-9.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	99
B-9.4	[unbesetzt].....	100
B-9.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	100
B-9.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	100
B-9.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	101
B-9.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	102
B-9.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	102
B-9.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	102
B-9.11	Personelle Ausstattung.....	102
B-9.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	102
B-9.11.2	Pflegepersonal.....	102
B-10	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.....	105
B-10.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	107
B-10.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	107
B-10.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	107
B-10.4	[unbesetzt].....	108
B-10.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	108
B-10.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	109
B-10.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	109
B-10.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	110
B-10.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	110
B-10.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	110
B-10.11	Personelle Ausstattung.....	111
B-10.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	111
B-10.11.2	Pflegepersonal.....	111
B-10.11.3	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	113
B-11	Klinik für Geriatrie.....	114
B-11.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	116

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	116
B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	116
B-11.4 [unbesetzt].....	118
B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	118
B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	118
B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	119
B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	119
B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	119
B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	119
B-11.11 Personelle Ausstattung.....	119
B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	119
B-11.11.2 Pflegepersonal.....	120
B-11.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	121
B-12 Physiotherapie.....	122
B-12.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	124
B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	124
B-12.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	124
B-12.4 [unbesetzt].....	124
B-12.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	124
B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	124
B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	124
B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	125
B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	125
B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	125
B-12.11 Personelle Ausstattung.....	125
B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	125
B-12.11.2 Pflegepersonal.....	125
B-13 Radiologische Abteilung.....	126
B-13.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	128
B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	128
B-13.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	128
B-13.4 [unbesetzt].....	130
B-13.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	130
B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	130
B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	130
B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	130
B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	130
B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	130
B-13.11 Personelle Ausstattung.....	130
B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte.....	130
B-13.11.2 Pflegepersonal.....	131
B-14 Zentrallaboratorium.....	133
B-14.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	135
B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	135
B-14.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	135
B-14.4 [unbesetzt].....	135
B-14.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	135
B-14.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	135
B-14.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	135

B-14.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	136
B-14.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	136
B-14.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	136
B-14.11	Personelle Ausstattung.....	136
B-14.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	136
B-14.11.2	Pflegepersonal.....	136
B-15	Institut für Pathologie im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).....	138
B-15.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	140
B-15.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisations- einheit / Fachabteilung.....	140
B-15.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	140
B-15.4	[unbesetzt].....	140
B-15.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	140
B-15.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	141
B-15.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	141
B-15.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	141
B-15.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	141
B-15.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	141
B-15.11	Personelle Ausstattung.....	141
B-15.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	141
B-15.11.2	Pflegepersonal.....	141
B-16	Krankenhausapotheke.....	144
B-16.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	146
B-16.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisations- einheit / Fachabteilung.....	146
B-16.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	146
B-16.4	[unbesetzt].....	146
B-16.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	146
B-16.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	146
B-16.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	146
B-16.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	146
B-16.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	147
B-16.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	147
B-16.11	Personelle Ausstattung.....	147
B-16.11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	147
B-16.11.2	Pflegepersonal.....	147
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>148</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	148
C-1.1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate.....	148
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	148
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	179
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	179
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitäts- sicherung.....	179
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	179
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr.....	179
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr.....	180
C-5.2.1	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr.....	180
C-5.2.1.a	Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen.....	181
C-5.2.1.b	Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R).....	181

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V).....	181
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	181
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	181
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr.....	183
C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG.....	183
C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG.....	184
<b>D Qualitätsmanagement.....</b>	<b>186</b>
D-1 Qualitätspolitik.....	186
D-2 Qualitätsziele.....	186
D-3 Aufbau des einrichtungswinternen Qualitätsmanagements.....	187
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements.....	188
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte.....	191
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	193
Glossar.....	195

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u. a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. 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 2021 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](mailto: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](mailto:3med@krankenhaus-kiel.de)

#### Pflegedienstleitung

Name: Sabine Schmidt  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin  
Telefon: 0431 / 1697 – 3601  
E-Mail: [sabine.schmidt@krankenhaus-kiel.de](mailto:sabine.schmidt@krankenhaus-kiel.de)

#### Verwaltungsleitung

Name: Dr. Roland Ventzke  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer  
Telefon: 0431 / 1697 – 4000  
E-Mail: [roland.ventzke@krankenhaus-kiel.de](mailto:roland.ventzke@krankenhaus-kiel.de)

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

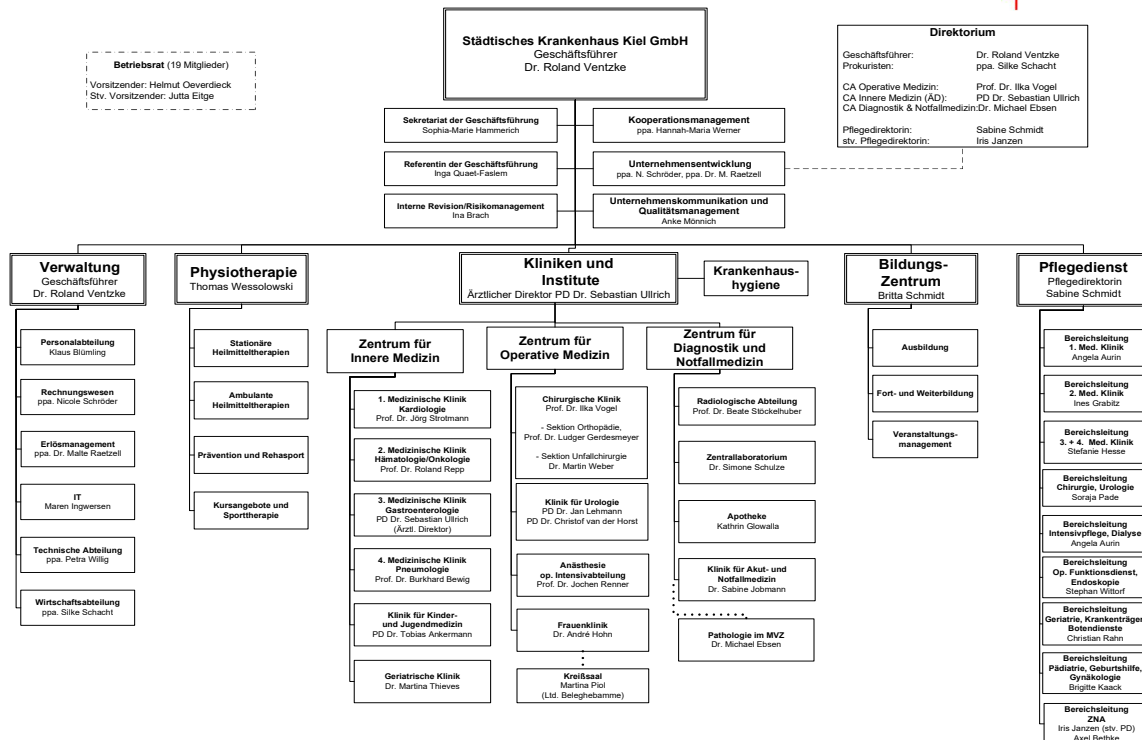
Träger: Landeshauptstadt Kiel  
Art: öffentlich  
Internet: [www.kiel.de](http://www.kiel.de)

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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



**Aufbauorganisation**  
Oktober 2022



Organigramme/Gesamtorga/Aufbauorganisation\_abOk2022

**A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Verpflichtung besteht: trifft nicht zu

**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/Schwangerschafts-gymnastik	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Biblio-therapie	
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 Leistungs-angebot/Psychosozialdienst	in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum am Universitäts-klinikum Schleswig-Holstein
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulen-gymnastik	
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](mailto: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 Sanitäreinrichtungen	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	
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter bedienbarer Aufzug (innen/außen)	In den Neubauten ist der Fahrstuhl rollstuhlgerecht gebaut. In den weiteren Gebäuden wird dieser Aspekt bei Sanierungsmaßnahmen berücksichtigt.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte 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: Röntgeneinrichtungen 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	
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	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
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 wie Media Boards, fest installierten Beamern in sämtlichen Unterrichtsräumen, einem EDV-Raum mit zwanzig Arbeitsplätzen an Thin Clients, aber auch klassischen, modernen Arbeitsmedien.

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 Teilnehmer ihrer Kurse – 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.

Die Generalistische Pflegeausbildung zum/zur Pflegefachmann\*frau beginnt jeweils zum 1. April und 1. Oktober eines Jahres. Ein Pool von Lehrkräften führt die Teilnehmer ihrer Kurse – unterstützt durch zahlreiche

Praxisanleiter und hochqualifizierte freie Dozenten – in der dreijährigen Ausbildung zum Examen.

Des Weiteren bietet das Bildungszentrum zum Einstieg in die Pflege die einjährige Ausbildung zum/zur Krankenpflegehelfer\*in jeweils zum 1. September eines Jahres an.

Eine erfolgreiche Kooperation mit den regionalen Jobcentern ermöglicht Arbeitssuchenden zudem mittels einer zwölfmonatigen Qualifizierung in Teilzeit zum Pflegeassistenten\*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 in der Pflege, für Ärzte und deren Fachpersonal. Mit dem Fortbildungsmanagement unterstützen wir die Personalentwicklung am Hause, indem wir zielführende Qualifizierungsangebote ausrichten. Das stete Mitwachsen im Angebot des Fortbildungsmanagements zur Sicherung und Steigerung der beruflichen Qualifikation ist eine der Säulen des Bildungszentrums, um unseren Teilnehmern einen dauerhaften Erfolg in ihrem Berufsleben zu ermöglichen.

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.





*„Das Bildungszentrum der Städtischen Krankenhaus Kiel GmbH dient mit seiner modernen Ausstattung und ansprechenden Einrichtung nicht nur als inner- betriebliche Ausbildungsstätte.“*

Frau Schmidt | Leitung Bildungszentrum

## Unsere Kompetenzen im Überblick

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

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

Wir halten eine qualitativ hochwertige Ausbildung für die Berufsgruppen der Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflege vor und sichern damit den Fachkräftenachwuchs im eigenen Unternehmen.

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

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.

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

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

### Bildungszentrum

Leitung: Britta Schmidt  
Sekretariat: Janina Arlt

Tel: 0431 1697 - 3700  
Fax: 0431 1697 - 3730  
Mail: [bildungszentrum@krankenhaus-kiel.de](mailto:bildungszentrum@krankenhaus-kiel.de)

## A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 605

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 23.925

Teilstationäre Fälle: 202

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 49.163

Fälle in StäB<sup>1</sup>: 0

<sup>1</sup> Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>210,44</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	210,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,24	
– davon stationäre Versorgung	166,49	
– davon ambulante Versorgungsformen	23,61	
<b>Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>129,92</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	129,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	99,64	
– davon ambulante Versorgungsformen	16,15	
<b>Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	<b>0,93</b>	Coronaimpfung, Hygiene
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>	<b>0,55</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,55	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>393,1</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	386,23		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	6,87		
– davon stationäre Versorgung	326,64		
– davon ambulante Versorgungsformen	18,65		

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Gesundheits- und Kinderkranken- pflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>63,07</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	62,19		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,88		
– davon stationäre Versorgung	61,18		
– davon ambulante Versorgungsformen	1,4		
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>19,81</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,97		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,84		
– davon stationäre Versorgung	19,65		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	<b>4,58</b>	<b>7-8 Semester</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,58		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	2,96		
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02		
<b>Pflegeassistentinnen und Pflege- assistenten</b>	<b>2,71</b>	<b>2 Jahre</b>	staatl. geprüfte Pflegeassistentenz
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,71		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,76		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Krankenpflegehelferinnen und Kranken- pflegehelfer</b>	<b>13,67</b>	<b>1 Jahr</b>	auch Altenpflegehelfer/–in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,56		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,11		
– davon stationäre Versorgung	12,06		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	<b>27,5</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,25		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,25		
– davon stationäre Versorgung	22,09		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Beleghebammen und Belegentbindungs- pfleger</b>	<b>35</b>		
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	<b>9,27</b>	<b>3 Jahre</b>	auch Anästhesietechnische Assistenten
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,27		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>71,72</b>	<b>3 Jahre</b>	<b>auch Zahnmed.-Fachangestellte</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	71,72		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	50,92		
– davon ambulante Versorgungsformen	11,01		

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>47,03</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	46,96		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,07		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>0,49</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,49		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>0,16</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,16		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	<b>0</b>	<b>7-8 Semester</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	<b>0,95</b>	<b>2 Jahre</b>	<b>staatl. geprüfte Pflegeassistenten</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	<b>1,3</b>	<b>1 Jahr</b>	<b>auch Altenpflegehelfer/–in</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	<b>5,05</b>	<b>ab 200 Std.</b>	<b>Basiskurs</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,05		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	<b>9,27</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,27		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
<b>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen</b>	<b>4,14</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,14
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,01
– davon ambulante Versorgungsformen	0,13

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

#### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
<b>SP04</b>	<b>Diätassistentin und Diätassistent</b>	<b>1,25</b>	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>SP05</b>	<b>Ergotherapeutin und Ergotherapeut</b>	<b>6</b>	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>SP15</b>	<b>Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/ Medizinischer Bademeister</b>	<b>8,26</b>	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,26	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	34,57	auch Bio.-techn. Ass.
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	34,57	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	12,46	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,46	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	30,85	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	30,85	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	4,14	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,14	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	4,01	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,13	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	5,94	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,94	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte



## 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](mailto:anke.moennich@krankenhaus-kiel.de)

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Direktorium  
Betriebsrat  
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](mailto:kai.helbing@krankenhaus-kiel.de)

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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 Compliance und Risikomanagement im SKK Letzte Aktualisierung: 23.07.2019
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: 19.06.2014
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: NES Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 01.05.2019
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: OD FEM Letzte Aktualisierung: 06.05.2020
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: VA Anforderung und Durchführung von Reparaturen Letzte Aktualisierung: 15.09.2021
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/–konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
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 einrichtungsweg-internen 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
- Risikoanalyse zum Prozess Chemotherapie
- Einrichtung einer Intranetseite zum klinischen Risikomanagement zwecks Information und Kommunikation

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsweg-übergreifenden 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 <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	2	Gesamt 0,6 VK
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	14	
Hygienefachkräfte (HFK)	4	Gesamt 3,25 VK

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
--	---------------------	-------------------------

Hygienebeauftragte in der Pflege	51	
----------------------------------	----	--

<sup>1</sup> Anzahl der 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](mailto:sebastian.ullrich@krankenhaus-kiel.de)

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

Die Tagungsfrequenz der Hygienekommission ist 3x jährlich 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: Kopfhaube 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

#### Der Standard thematisiert insbesondere

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 Wundauflage 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: 527 ml/Patiententag

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 755 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

Aufgrund der COVID-19 Pandemie wurde der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf den Intensivstationen und Allgemeinstationen 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<sup>1</sup> ja

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen 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

## Der Standard thematisiert insbesondere

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

<sup>1</sup> [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://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.
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Stefanie Prinz Beschwerdemanagement Telefon: 0431 / 1697 – 7777 E-Mail: <a href="mailto:IhreMeinung@krankenhaus-kiel.de">IhreMeinung@krankenhaus-kiel.de</a> Beschwerdemanagement Telefon: 0431 / 1697 – 7777 E-Mail: <a href="mailto:IhreMeinung@krankenhaus-kiel.de">IhreMeinung@krankenhaus-kiel.de</a>
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.

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
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](mailto:kathrin.glowalla@krankenhaus-kiel.de)

##### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl <sup>1</sup>
Apothekerinnen und Apotheker	5
Weiteres pharmazeutisches Personal	12

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Apothekerinnen und Apotheker: 4,13 VK  
 Pharmazeutisch-kaufm. Ass.: 3,27 VK  
 Pharmazeutisch-techn. Ass. 6,08 VK

##### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
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)	
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-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	_____ <sup>2</sup>	
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	_____ <sup>2</sup>	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinerstörung	_____ <sup>2</sup>	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input type="checkbox"/>	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	_____ <sup>2</sup>	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>	Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse, Plasmapherese
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	_____ <sup>2</sup>	
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/>	

<sup>1</sup> 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (<sup>2</sup> 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 1. Medizinische Klinik – Kardiologie.....	32
2 2. Medizinische Klinik – Hämatologie & Onkologie.....	40
3 3. Medizinische Klinik – Gastroenterologie & Rheumatologie.....	49
4 4. Medizinische Klinik – Pneumologie.....	56
5 Chirurgische Klinik.....	62
6 Viszeralmedizin.....	75
7 Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin.....	83
8 Frauenklinik.....	90
9 Klinik für Urologie.....	97
10 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.....	105
11 Klinik für Geriatrie.....	114
12 Physiotherapie.....	122
13 Radiologische Abteilung.....	126
14 Zentrallaboratorium.....	133
15 Institut für Pathologie im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).....	138
16 Krankenhausapotheke.....	144



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.

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 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
- Herzschrittmacher- und ICD (Defibrillator) Versorgung und CRT-Versorgung
- Internistische Intensivmedizin auf höchstem Niveau
- 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](mailto:I.med@krankenhaus-kiel.de)

## B-I I. Medizinische Klinik – Kardiologie

### B-I.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](mailto:joerg.strotmann@krankenhaus-kiel.de)  
Straße: Chemnitzstraße 33  
PLZ / Ort: 24116 Kiel  
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/erste-medizin-kardiologie>

### B-I.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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 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	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
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

**B-1.4 [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: 5.615  
 Teilstationäre Fallzahl: 46  
 Anzahl Betten: 113

**B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	612
2	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	545
3	I50	Herzschwäche	523
4	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	426
5	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	378
6	I21	Akuter Herzinfarkt	338
7	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	224
8	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	106
9	B34	Viruskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	101
10	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	95

**B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	3.311
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	2.987
3	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.836
4	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	1.621
5	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	1.605
6	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.265

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	976
8	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	936
9	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	663
10	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	584

#### B-1.8 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
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
VC06	Herzchirurgie: Defibrillatöreingriffe

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten bestehen außerdem im Rahmen der Privatambulanz des Chefarztes.

#### B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Herzkatheteruntersuchungen werden aufgrund klinischer Gründe nur in Ausnahmefällen durchgeführt.

#### 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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>30,31</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	30,31
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	30,31
– davon ambulante Versorgungsformen	0
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>13,35</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,35
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,35
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

**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-1.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>82,17</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	80,84		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,33		
– davon stationäre Versorgung	82,17		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>0,65</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,64		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01		
– davon stationäre Versorgung	0,65		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>2,87</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,62		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,25		
– davon stationäre Versorgung	2,87		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	<b>1,56</b>	<b>7-8 Semester</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,56		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,56		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	<b>1,03</b>	<b>2 Jahre</b>	<b>staatl. geprüfte Pflegeassistentenz</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,03		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,03		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	<b>4,27</b>	<b>1 Jahr</b>	<b>auch Altenpflegehelfer/–in</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,22		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05		
– davon stationäre Versorgung	4,27		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	<b>4,84</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,79		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05		
– davon stationäre Versorgung	4,84		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	<b>0</b>		
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>22,51</b>	<b>3 Jahre</b>	<b>auch Zahnmed.-Fachangestellte</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,51		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	22,51		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ02 Diplom

PQ04 Intensiv- und Anästhesiepflege

PQ05 Leitung einer Station/eines Bereichs

PQ11 Pflege in der Nephrologie

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement



## Qualitätsbericht 2021 2. Medizinische Klinik

Die **2. Medizinische Klinik** des Städtischen Krankenhauses mit dem Schwerpunkt Hämatologie und interne 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 Tumoramambulanz, 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 Situa-



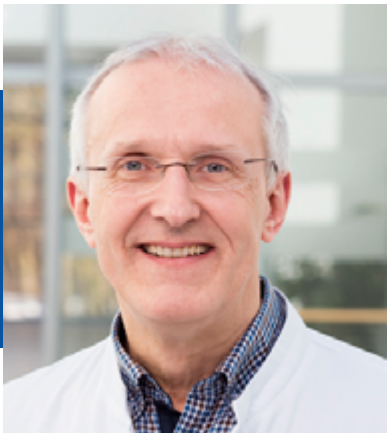
## Qualitätsbericht 2021 2. Medizinische Klinik

on 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 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-2 2. Medizinische Klinik – Hämatologie & Onkologie

### B-2.1 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](mailto:roland.repp@krankenhaus-kiel.de)  
Straße: Chemnitzstraße 33  
PLZ / Ort: 24116 Kiel  
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/zweite-medizin-onkologie>

### B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	Betreuung vor und nach Knochenmark- und Stammzelltransplantation 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-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:	2.202
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	82

#### B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	495
2	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst – Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	130
3	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	128
4	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	122
5	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	105
6	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	77
7	C50	Brustkrebs	68
8	C16	Magenkrebs	61
9	C61	Prostatakrebs	59
10 – 1	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	56
10 – 2	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	56

#### B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	1.147
2	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	526
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	437
4	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	432
5	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	429
6	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	428
7	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	414
8	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	393
9	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit – Hochvoltstrahlentherapie	379
10	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	313

#### B-2.8 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
LK15_4	Anlage 3 Nummer 1: 4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren
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-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### 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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	18,68
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,68
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	15,03
– davon ambulante Versorgungsformen	3,65
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,84
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,84
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,19
– davon ambulante Versorgungsformen	3,65

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

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-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>46,81</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	46,55		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,26		
– davon stationäre Versorgung	42		
– davon ambulante Versorgungsformen	4,81		
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>0,06</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06		
– davon stationäre Versorgung	0,06		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	<b>0</b>	<b>7-8 Semester</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	<b>0</b>	<b>2 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	<b>1</b>	<b>1 Jahr</b>	auch Altenpflegehelfer/–in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	<b>1,77</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02		
– davon stationäre Versorgung	1,77		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
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	9,42	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,42		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	4,65		
– davon ambulante Versorgungsformen	4,77		

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

- PQ04 Intensiv- und Anästhesiepflege
- PQ05 Leitung einer Station/eines Bereichs
- PQ07 Pflege in der Onkologie
- PQ20 Praxisanleitung
- PQ21 Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

#### Nr. Zusatzqualifikationen

- ZP16 Wundmanagement
- ZP20 Palliative Care

### B-2.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	2,6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,6
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte



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

### 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.

den Behandlungsschwerpunkt Schilddrüsenerkrankungen.

Privatversicherte Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen werden in unserer Klinik ambulant und stationär behandelt. 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](mailto:3med@krankenhaus-kiel.de)

### B-3 3. Medizinische Klinik – Gastroenterologie & Rheumatologie

#### B-3.1 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](mailto:3med@krankenhaus-kiel.de)

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

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

#### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

- VI07 Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 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
- VI14 Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- VI17 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-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: 1.974  
Teilstationäre Fallzahl: 0  
Anzahl Betten: 62

#### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	151
2	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2	109
3	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	85
4	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	72
5	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	62
6	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	60
7	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	50
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	46
9	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-I	45
10	K63	Sonstige Krankheit des Darms	44

#### B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	I-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	704
2	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	574
3	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	550
4	I-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	522
5	I-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	444
6	5-469	Sonstige Operation am Darm	345
7 – 1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	226
7 – 2	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	226
9	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	202
10	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	180

#### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### 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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>23,35</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,11
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,24
– davon stationäre Versorgung	20,49
– davon ambulante Versorgungsformen	2,86
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>10,78</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,76
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02
– davon stationäre Versorgung	8,04
– davon ambulante Versorgungsformen	2,74

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

**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-3.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>51,84</b>	<b>3 Jahre</b>	auch Notfallsanitäter/–in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	50,1		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,74		
– davon stationäre Versorgung	47,48		
– davon ambulante Versorgungsformen	4,36		
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>0,05</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,05		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,05		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>1,21</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,31		
– davon stationäre Versorgung	1,21		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	0,37	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,37		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,37		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	0	2 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	0,62	1 Jahr	auch Altenpflegehelfer/–in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,62		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,62		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	3,12	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,12		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	3,12		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	0		
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	10,36	3 Jahre	auch Zahnmed. Fachangestellte
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,36		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	10,36		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ01 Bachelor

PQ04 Intensiv- und Anästhesiepflege

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ05 Leitung einer Station/eines Bereichs

PQ20 Praxisanleitung

PQ21 Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr. Zusatzqualifikationen

ZP04 Endoskopie/Funktionsdiagnostik



## Qualitätsbericht 2021

### 4. Medizinische Klinik

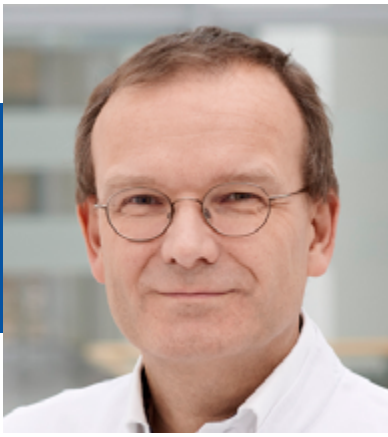
Die **4. Medizinische Klinik** des Städtischen Krankenhauses Kiel ist eine Klinik für Pneumologie. Sie wurde im Januar 2020 gegründet und war von Beginn an mit einem kompetenten Team aus Fachärzten, Assistenzärzten, Pflegekräften, Atmungstherapeuten und Physiotherapeuten besetzt. Daher können Patienten 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, Broncholyse, 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 CO<sub>2</sub>-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](mailto:Maike.Christiansen@krankenhaus-kiel.de)

## B-4 4. Medizinische Klinik – Pneumologie

### B-4.1 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](mailto:burkhard.bewig@krankenhaus-kiel.de)  
Straße: Chemnitzstraße 33  
PLZ / Ort: 24116 Kiel  
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/4-medizin-pneumologie>

### B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

### B-4.3 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-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: 930  
Teilstationäre Fallzahl: 0  
Anzahl Betten: 30

#### B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	214
2	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	95
3	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	76
4	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	58
5	J84	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge	51
6	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim – Mukoviszidose	44
7	I50	Herzschwäche	34
8 – 1	J45	Asthma	25
8 – 2	J98	Sonstige Krankheit der Atemwege	25
10 – 1	D86	Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung – Sarkoidose	18
10 – 2	R59	Lymphknotenvergrößerung	18

#### B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	611
2	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörperplethysmographie	482
3	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	399
4	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	374
5	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	341
6	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	295
7	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	248
8	1-430	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung	222
9	8-700	Offenhalten der Atemwege durch einen Schlauch über Mund oder Nase	146
10	3-05f	Ultraschall der Lunge mit Zugang über die Atemwege	135

#### B-4.8 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-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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>6,68</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,68
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,12
– davon ambulante Versorgungsformen	0,56
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>5</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,44
– davon ambulante Versorgungsformen	0,56

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin

##### B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>12,59</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,69	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,9	
– davon stationäre Versorgung	12,59	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>1,03</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03	
– davon stationäre Versorgung	1,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	



	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	<b>0,23</b>	<b>7-8 Semester</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,23	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,23	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	<b>0,73</b>	<b>2 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,73	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	<b>0,61</b>	<b>1 Jahr</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,61	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,61	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	<b>1,02</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,02	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,02	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	<b>0</b>	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>1,97</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,97	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,35	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,62	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegerinnen ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Die fachliche Leitung der Unfallchirurgie wird durch den Leitenden Oberarzt Herrn Dr. Martin Weber sichergestellt.

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.

### **„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 Tumorsprechstunde mit den Kollegen der anderen Kliniken und Abteilungen des SKK und auch mit externen Kooperationspartnern betreut.

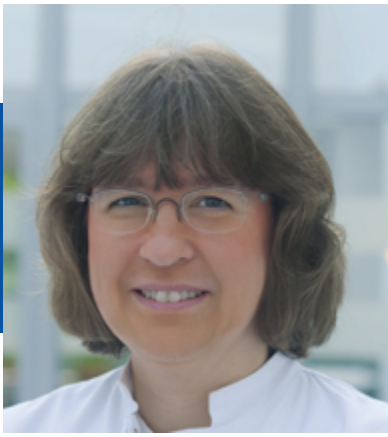
Auch in den anderen Bereichen, wie der Behandlung von Diabetes- oder Dialysepatienten werden diese gemeinsam mit den zuständigen Internistischen Kliniken chirurgisch versorgt. Durch die stationäre Behandlung der chirurgischen Kinder in der Kinderklinik ist hier eine besondere Nähe und Interdisziplinarität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

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.

Das Jahr 2021 stand auch in unserem Hause im Zeichen der Corona-Pandemie, die erheblichen Einfluss auf unsere operative Tätigkeit hatte. Dabei ist es uns aber gelungen die in unserem Hause zu behandelnden onkologischen Patienten ohne wesentliche Verzögerungen und die Notfallpatienten immer adäquat zu versorgen. Erhebliche Beeinträchtigungen haben sich aber natürlich bei den elektiven Eingriffen in allen Bereichen ergeben.



„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](mailto: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](mailto:rita.juenke@krankenhaus-kiel.de)

## B-5 Chirurgische Klinik

### B-5.1 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](mailto:ilka.vogel@krankenhaus-kiel.de)  
Straße: Chemnitzstraße 33  
PLZ / Ort: 24116 Kiel  
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/chirurgische-klinik>

### B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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 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 Brandverletzententrum.
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

#### 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:	1.943
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	34

**B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteinleiden	255
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	127
3	K40	Leistenbruch (Hernie)	125
4	K35	Akute Blinddarmentzündung	102
5	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	88
6	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	71
7	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	62
8	S52	Knochenbruch des Unterarmes	56
9	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	55
10	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	52

**B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	1.345
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	486
3	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	296
4	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	280
5	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	261
6	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	215
7	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	206
8	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	157
9	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	151
10	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	141



## B-5.8 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 Schmerz Erkrankungen

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-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

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

**B-5.11 Personelle Ausstattung**

**B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>24,16</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,16
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,67
– davon ambulante Versorgungsformen	10,49
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>16,55</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,55
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,8
– davon ambulante Versorgungsformen	6,75

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

**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-5.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>39,03</b>	3 Jahre	auch Notfallsanitäter/–in
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	38,71		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,32		
– davon stationäre Versorgung	31,25		
– davon ambulante Versorgungsformen	7,78		
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>0,75</b>	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0,75		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>0,04</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04		
– davon stationäre Versorgung	0,04		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	<b>0,02</b>	<b>7-8 Semester</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,02		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02		
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	<b>0</b>	<b>2 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	<b>1,55</b>	<b>1 Jahr</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,55		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	1,55		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	<b>2,31</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,23		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,08		
– davon stationäre Versorgung	2,31		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	<b>0</b>		
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>6,94</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,94		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	2,13		
– davon ambulante Versorgungsformen	4,81		

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

- PQ02 Diplom
- PQ05 Leitung einer Station/eines Bereichs
- PQ08 Pflege im Operationsdienst
- PQ20 Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr. Zusatzqualifikationen

- ZP07 Geriatrie
- ZP08 Kinästhetik
- ZP14 Schmerzmanagement
- ZP15 Stomamanagement
- ZP16 Wundmanagement
- ZP19 Sturzmanagement
- ZP20 Palliative Care

B-5.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
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

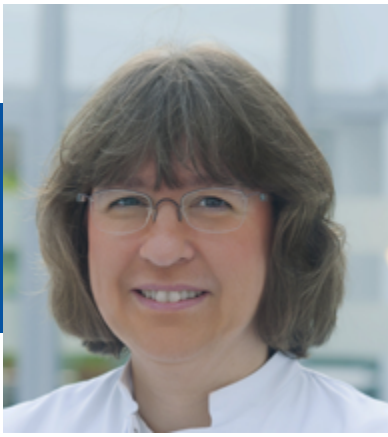
<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte



## Qualitätsbericht 2021 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 | Chefarztin 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](mailto:astrid.luehder@krankenhaus-kiel.de)



## B-6 Viszeralmedizin

### B-6.1 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](mailto: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](mailto:3med@krankenhaus-kiel.de)  
Straße: Chemnitzstraße 33  
PLZ / Ort: 24116 Kiel

### B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

### B-6.3 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
- VC62 Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation

#### Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie

- 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-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:	1.325
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	33

## B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Gallensteinleiden	211
2	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	86
3	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	60
4	K35	Akute Blinddarmentzündung	50
5	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	48
6	K40	Leistenbruch (Hernie)	47
7	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	37
8 – 1	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	28
8 – 2	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	28
10 – 1	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	25
10 – 2	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	25

## B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	532
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	229
3	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	190
4	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	185
5	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	132
6	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	120
7	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	118
8	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	107
9	5-469	Sonstige Operation am Darm	102
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	95

## B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## 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

## B-6.11 Personelle Ausstattung

### B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
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 <sup>1</sup>
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

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

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-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	14,01	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,78	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,23	
– davon stationäre Versorgung	14,01	
– 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	0,04	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04	
– davon stationäre Versorgung	0,04	
– 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 <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	1,73	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,68	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05	
– davon stationäre Versorgung	1,73	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	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	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	0,98	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,98	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,98	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

PQ01 Bachelor

PQ02 Diplom

PQ08 Pflege im Operationsdienst

PQ20 Praxisanleitung

PQ21 Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

#### Nr. Zusatzqualifikationen

ZP04 Endoskopie/Funktionsdiagnostik

ZP07 Geriatrie

Nr. Zusatzqualifikationen

- ZP08 Kinästhetik
- ZP14 Schmerzmanagement
- ZP15 Stomamanagement
- ZP16 Wundmanagement
- ZP19 Sturzmanagement
- ZP20 Palliative Care

Die Leistungen der Abteilung für **Anästhesie und Operative Intensivmedizin** stehen den Kliniken für Chirurgie, 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.“**

Bei unseren Patienten aller Altersstufen werden alle gängigen modernen Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie eingesetzt. Hierzu zählen auch spezielle Regionalanästhesieverfahren wie z.B. die „Transversus-abdominis-plane-Blockade“ zur adjuvanten Schmerztherapie in der Geburtshilfe nach Kaiserschnittentbindungen. Für die perioperative Schmerztherapie steht täglich ein Akutschmerz-dienst 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 ggfs. auch schneller aus dem Krankenhaus entlassen zu können. Es handelt sich hierbei um ein multimodales Behandlungskonzept welches ausschließlich auf evidenz-basierten Therapieansätzen beruht.

Auf der Operativen Intensivstation werden jedes Jahr ca. 1000 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 ausgebildeten Ärzten und Pflegekräften. Von dieser Intensivstation aus wird auch die Akutversorgung von innerklinischen Notfällen auf den operativen Stationen gewährleistet.

Weiterhin beteiligt sich die Abteilung seit vielen Jahren maßgeblich am Notarzt-System 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](mailto:anaesthesie@krankenhaus-kiel.de)



## B-7 Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin

### B-7.1 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](mailto:anaesthesie@krankenhaus-kiel.de)  
Straße: Chemnitzstraße 33  
PLZ / Ort: 24116 Kiel  
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/anaesthesie-intensivmedizin>

### B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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 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-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: 52  
Teilstationäre Fallzahl: 0  
Anzahl Betten: 11

### B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
I – 1	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	5
I – 2	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	5

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	4
4 – 1	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	< 4
4 – 2	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
4 – 3	J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen – ARDS	< 4
4 – 4	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	< 4
4 – 5	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	< 4
4 – 6	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
4 – 7	C19	Dickdarmkrebs am Übergang von Grimmdarm (Kolon) zu Mastdarm (Rektum)	< 4
4 – 8	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	< 4
4 – 9	C56	Eierstockkrebs	< 4
4 – 10	C54	Gebärmutterkrebs	< 4
4 – 11	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	< 4
4 – 12	C67	Harnblasenkrebs	< 4
4 – 13	I50	Herzschwäche	< 4
4 – 14	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	< 4
4 – 15	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4
4 – 16	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	< 4
4 – 17	J95	Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	< 4
4 – 18	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	< 4
4 – 19	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	< 4
4 – 20	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4
4 – 21	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen – Pneumothorax	< 4
4 – 22	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	< 4
4 – 23	J69	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut	< 4
4 – 24	K25	Magengeschwür	< 4
4 – 25	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	< 4
4 – 26	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	< 4
4 – 27	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	< 4
4 – 28	T88	Sonstige Komplikationen bei Operationen bzw. medizinischer Behandlung	< 4
4 – 29	K63	Sonstige Krankheit des Darms	< 4
4 – 30	J96	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut	< 4
4 – 31	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4
4 – 32	O87	Venenkrankheit als Komplikation im Wochenbett	< 4

## B-7.7 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	225
2	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	187
3	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	159
4	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	92
5	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	84
6	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	81
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	80
8	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	68
9 – 1	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	54
9 – 2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	54

## 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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	24,62
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,62
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	24,62
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	20,7
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,7
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	20,7
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

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-7.11.2	Pflegepersonal		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:		38,5 Stunden	
		Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		28,82	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		27,48	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		1,34	
– davon stationäre Versorgung		28,82	
– 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.		0,4	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		1,27	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		1,27	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		0	
– davon stationäre Versorgung		1,27	
– 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 <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	0,88	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,88	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

PQ02 Diplom

PQ04 Intensiv- und Anästhesiepflege

PQ05 Leitung einer Station/eines Bereichs

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

#### Nr. Zusatzqualifikationen

ZP01 Basale Stimulation

ZPI3 Qualitätsmanagement

ZPI4 Schmerzmanagement

ZPI6 Wundmanagement



## Qualitätsbericht 2021 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. 1.800 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](mailto:gaby.ellen@krankenhaus-kiel.de)



## B-8 Frauenklinik

### B-8.1 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](mailto:andre.hohn@krankenhaus-kiel.de)  
Straße: Chemnitzstraße 33  
PLZ / Ort: 24116 Kiel  
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/frauenklinik>

### B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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 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
-----	--	-------------------------

VG 15	Spezialsprechstunde	Inkontinenz-Beratungsstelle, Onkologische Sprechstunde, Dysplasie Sprechstunde.
VG 16	Urogynäkologie	Urodynamischer Messplatz.
VG 17	Reproduktionsmedizin	
VG 18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG 19	Ambulante Entbindung	
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:	4.801
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	41

#### B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	1.559
2	O70	Dammriss während der Geburt	371
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	265
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	196
5	O71	Sonstige Verletzung während der Geburt	166
6	O80	Normale Geburt eines Kindes	157
7	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	152
8	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	127
9	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	104
10	C56	Eierstockkrebs	100

## B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.685
2	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	1.130
3	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	969
4	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	641
5	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	436
6	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	418
7	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	135
8	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	122
9 – 1	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	104
9 – 2	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	104

## 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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	15,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,85
– davon ambulante Versorgungsformen	4,25
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,81
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,81
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,56
– davon ambulante Versorgungsformen	1,25

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
AQ21	Humangenetik

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr. Zusatz-Weiterbildung		
ZF02 Akupunktur		
ZF27 Naturheilverfahren		
ZF30 Palliativmedizin		
B-8.11.2 Pflegepersonal		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:		38,5 Stunden
	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>14,54</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,29	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,25	
– davon stationäre Versorgung	13,14	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,4	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>11,19</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,17	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	11,19	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>0,55</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,05	
– davon stationäre Versorgung	0,55	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	<b>0,4</b>	<b>7-8 Semester</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,4	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	<b>0</b>	<b>2 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	<b>0</b>	<b>1 Jahr</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	<b>0,79</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04	
– davon stationäre Versorgung	0,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	35	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	3,42	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,42	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,91	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,51	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – 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 Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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



## Qualitätsbericht 2021 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-9 Klinik für Urologie

### B-9.1 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](mailto: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](mailto:Christof.vanderHorst@krankenhaus-kiel.de)

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

### B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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 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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
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-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:	1.393
Teilstationäre Fallzahl:	0
Anzahl Betten:	18

#### B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
I	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	292



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
2	C67	Harnblasenkrebs	254
3	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	214
4	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	115
5	N30	Entzündung der Harnblase	110
6	C61	Prostatakrebs	58
7	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	31
8	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	27
9	R33	Unvermögen, trotz Harndrang und voller Blase Urin zu lassen	25
10 – 1	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	20
10 – 2	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	20

#### B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	480
2	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	453
3	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	319
4	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	315
5	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	287
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	163
7	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	115
8	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	107
9	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	103
10	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	75

### B-9.8 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-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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>7,3</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>7,3</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
-----	---------------------

AQ60 Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
-----	----------------------

ZF04 Andrologie

ZF25 Medikamentöse Tumortherapie

#### B-9.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>13,52</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,32	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,2	
– davon stationäre Versorgung	13,22	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,3	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	0,53	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,03	
– davon stationäre Versorgung	0,53	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	0	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	0	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	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	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	1,75	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,45	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,3	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ07 Pflege in der Onkologie

PQ20 Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr. Zusatzqualifikationen

ZPI6 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.

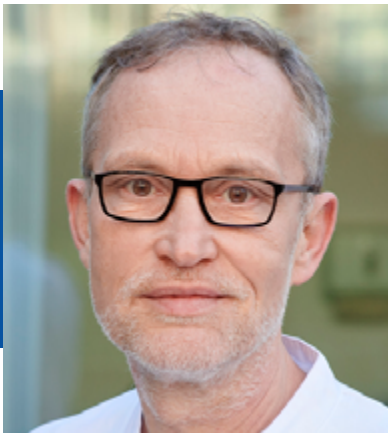
**„In unseren Spezialambulanzen für Neuropädiatrie, Mukoviszidose, Gastroenterologie, Kinderpneumologie und Kinderallergologie und Diabetes werden Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten umfassend betreut“.**

Die medizinischen Schwerpunkte liegen in der Behandlung Früh- und Neugeborener, von Kindern mit neurologischen Erkrankungen, mit Diabetes mellitus Typ I, 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 – die stationäre Behandlung wird sinnvoll ergänzt durch ambulante Mitbetreuung in unseren Spezialsprechstunden.

## Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Leitung: PD Dr. med. Tobias Ankermann  
Sekretariat: Marion Tobaben

Tel: 0431 1697 - 1801  
Fax: 0431 1697 - 1802  
Mail: [kinderklinik@krankenhaus-kiel.de](mailto:kinderklinik@krankenhaus-kiel.de)

## B-10 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

### B-10.1 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](mailto:kinderklinik@krankenhaus-kiel.de)  
Straße: Chemnitzstraße 33  
PLZ / Ort: 24116 Kiel  
Adress-Link: <https://www.krankenhaus-kiel.de/kliniken/kinderklinik-und-jugendmedizin>

### B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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 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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie	Kommentar / Erläuterung
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
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	

#### 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:	2.170
Teilstationäre Fallzahl:	5
Anzahl Betten:	41



#### B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	251
2	J20	Akute Bronchitis	114
3	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	112
4	P36	Blutvergiftung (Sepsis) durch Bakterien beim Neugeborenen	86
5	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	83
6	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	74
7	K35	Akute Blinddarmentzündung	69
8	J21	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege – Bronchiolitis	58
9	P22	Atemnot beim Neugeborenen	54
10	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	47

#### B-10.7 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	554
2	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	383
3	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG	338
4	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	277
5	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	160
6	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie	113
7	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	108
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	107
9	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	98
10	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	96

## B-10.8 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-10.9 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-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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>17,32</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,32
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	15,52
– davon ambulante Versorgungsformen	1,8
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>11,38</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,38
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,18
– davon ambulante Versorgungsformen	1,2

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

#### 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-10.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>49,94</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	49,09	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,85	
– davon stationäre Versorgung	48,54	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,4	
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	0,6	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten</b>	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>	0,31	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,31	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	0,36	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,36	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	2,75	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

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

PQ20 Praxisanleitung

PQ21 Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – 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-10.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	0,27
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,27
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte



## Qualitätsbericht 2021 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 | Chefärztin 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](mailto:geriatrie@krankenhaus-kiel.de)



## B-11 Klinik für Geriatrie

### B-11.1 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](mailto:geriatrie@krankenhaus-kiel.de)

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

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

### B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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 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

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

VI19 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

#### 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:	1.520
Teilstationäre Fallzahl:	151
Anzahl Betten:	140

#### B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	234
2	I50	Herzschwäche	115
3	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	95
4	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	72
5	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	47
6	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	43
7	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte – Osteoporose	41
8	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt	37
9	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	34

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	32

#### B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt	1.874
2	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	584
3	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	583
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	313
5	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG	311
6	3-993	Mengenmäßige Bestimmung bestimmter Werte wie Organfunktion oder Blutflussgeschwindigkeit	221
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	192
8	1-771	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen	191
9	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	148
10	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	53

#### B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- 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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>14,43</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,43
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	14,43
– davon ambulante Versorgungsformen	0
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>11,3</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	11,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar / Erläuterung
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ23	Innere Medizin	

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar / Erläuterung
-----	---------------------	-------------------------

AQ41 Neurochirurgie

AQ42 Neurologie

und Nervenheilkunde

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
-----	----------------------

ZF09 Geriatrie

ZF32 Physikalische Therapie und Balneologie

B-11.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
--	---------------------	------------------	-------------------------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

41,96

3 Jahre

– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis

41,73

– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

0,23

– davon stationäre Versorgung

41,96

– 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

13,32

3 Jahre

– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis

13,29

– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

0,03

– davon stationäre Versorgung

13,32

– 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.

1

7-8 Semester

– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis

1

– 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

1,01

1 Jahr

auch Altenpflegehelfer/–in

– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis

1

– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

0,01

– davon stationäre Versorgung

1,01

– davon ambulante Versorgungsformen

0

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	<b>5,97</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,93		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04		
– davon stationäre Versorgung	5,97		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	<b>0</b>		
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>3,7</b>	<b>3 Jahre</b>	<b>auch Zahnmed. Fachangestellte</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,7		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	3,7		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

- PQ01 Bachelor
- PQ04 Intensiv- und Anästhesiepflege
- PQ05 Leitung einer Station/eines Bereichs
- PQ15 Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- PQ20 Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

#### Nr. Zusatzqualifikationen

- ZP01 Basale Stimulation
- ZP02 Bobath
- ZP07 Geriatrie
- ZP08 Kinästhetik
- ZP16 Wundmanagement

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
<b>Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen</b>	<b>1,09</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,09
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0,96
– davon ambulante Versorgungsformen	0,13

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

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 m<sup>2</sup> 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 Krebs-gesellschaft e.V. führen wir auch Funktionsgymnastik im Bewegungsbad sowie Rehasport in Gruppen durch. Rehasport für Muskel- und Gelenkerkrankungen, bei Osteoporose sowie Rehasport als Herz-sportgruppen 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.





„Auf 1.500 m<sup>2</sup> 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](mailto:physiotherapie@krankenhaus-kiel.de)

## B-12 Physiotherapie

### B-12.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

#### Chefärztinnen und Chefarzte

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

### B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### 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: 0  
Teilstationäre Fallzahl: 0

### B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.



## B-12.8 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-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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>0</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>0</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
<b>Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### B-12.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Trifft nicht zu bzw. entfällt.



## Qualitätsbericht 2021 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 sowie die konventionelle Diagnostik mit völdigitalen 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 bessere 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](mailto:radiologie@krankenhaus-kiel.de)

## B-13 Radiologische Abteilung

### B-13.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Radiologische Abteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Beate M. Stöckelhuber

Funktion / Chefärztin

Arbeitsschwer-  
punkt:

Telefon: 0431 / 1697 – 2201

Telefax: 0431 / 1697 – 2202

E-Mail: [radiologie@krankenhaus-kiel.de](mailto:radiologie@krankenhaus-kiel.de)

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

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

### B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie	
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Doppler-sonographie	
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-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

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

#### 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 <sup>1</sup>
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	12,37
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,37
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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-13.11.2	Pflegepersonal		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:		38,5 Stunden	
		Anzahl <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen und Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	2,93	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,93	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZPI 3	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](mailto:franziska.matusczyk@krankenhaus-kiel.de)

## B-14 Zentrallaboratorium

### B-14.1 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](mailto:simone.schulze@krankenhaus-kiel.de)

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

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

### B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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 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 Krankenhaushygiene

VX00 Medizinische Mikrobiologie

### 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**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>3,69</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,69
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>3,13</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,13
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
<b>Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

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

**B-14.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

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

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben



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](mailto:m.ebsen@mvzkiel.de)



**B-15** Institut für Pathologie im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

**B-15.1** 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](mailto:m.ebsen@mvzkiel.de)

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

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

**B-15.2** Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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 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-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 <sup>1</sup>
<b>Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)</b>	<b>3,35</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,35
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
<b>Davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>3,35</b>
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,35
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
<b>Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)</b>	<b>0</b>

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

**B-15.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

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

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
<b>Gesundheits- und Kinderkranken- pflegerinnen und Gesundheits- Kinderkrankenpfleger</b>	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau, Pflegefachmann</b>	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</b>	0	7-8 Semester	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegeassistentinnen und Pflege- assistenten</b>	0	2 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Krankenpflegehelferinnen und Kranken- pflegehelfer</b>	0	1 Jahr	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>	0	ab 200 Std. Basiskurs	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Hebammen und Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		
<b>Beleghebammen und Belegentbindungs- pfleger</b>	0		
<b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b>	0	3 Jahre	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer	Kommentar / Erläuterung
Medizinische Fachangestellte	3,11	3 Jahre	auch Zahnmed. u. Tiermed. Fachangestellte
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,11		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0		
– davon stationäre Versorgung	0		
– davon ambulante Versorgungsformen	0		

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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. B. Schlenzka

individuelle Zubereitungen zur Krebsbehandlung (14.700 Zubereitungen/ Jahr)

Parenteralia (2.571 Zubereitungen/ Jahr)

Herstellung im Defekturnmaßstab für den Klinikbedarf, z.B. Kapseln, Zäpfchen, Lösungen (6.914 Stück/Jahr)

Patientenindividuelle Rezepturen (146 Zubereitungen/Jahr)

Mitarbeit bei klinischen Studien

### Pharmazeutische Dienstleistungen

Dr. Ch. Kautz

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-16 Krankenhausapotheke

### B-16.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Krankenhausapotheke

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Kathrin Glowalla

Funktion / Leitung Krankenhausapotheke

Arbeitsschwerpunkt:

Telefon: 0431 / 1697 – 3501

Telefax: 0431 / 1697 – 3503

E-Mail: [apotheke@krankenhaus-kiel.de](mailto:apotheke@krankenhaus-kiel.de)

Straße: Chemnitzstraße 33

PLZ / Ort: 24116 Kiel

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

### B-16.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

**B-16.11.2 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

Für das Berichtsjahr 2021 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2021 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Anz. SO <sup>1</sup>
Herzschrittmacher-Implantation	150	100,00%	150
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	24	100,00%	24
Herzschrittmacher-Revision/–Systemwechsel/–Explantation	11	100,00%	11
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	17	100,00%	17
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	16	100,00%	16
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	5	100,00%	5
Gynäkologische Operationen	345	100,00%	345
Geburtshilfe	1.896	100,00%	1.894
Hüftgelenknahe Femurfraktur	52	100,00%	52
Mammachirurgie	34	100,00%	34
Dekubitusprophylaxe	234	100,00%	234
Hüftendoprothesenversorgung	91	100,00%	91
– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	87	100,00%	87
– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	5	100,00%	5
Knieendoprothesenversorgung	10	100,00%	10
– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	9	100,00%	9
– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	< 4		< 4
Neonatologie	303	100,00%	303
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	1.353	100,00%	1.353
Ambulant erworbene Pneumonie	390	100,00%	390

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	---	---------------------------	---	--

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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	0,26 % 0,18 – 0,38	≤ 3,80 %	0 % ○ 0 – 19,36	R10 ○ 0 / 16 (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 / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 168)	98,92 % 98,83 – 99	≥ 95,00 %	100 % ○ 94,34 – 100	R10 ○ 64 / 64 (entf.)
--	-----------------------	-----------	------------------------	--------------------------

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 169)	95,07 % 94,99 – 95,16	≥ 93,53 % (5. Perzentil)	94,44 % ☺ 91,92 – 96,35	R10 ☺ 391 / 414 (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 / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 169)	61,88 % 61,68 – 62,08	≥ 36,30 % (5. Perzentil)	68,67 % ☺ 63,4 – 73,6	R10 ☺ 217 / 316 (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<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 169)	0,93 0,9 – 0,95	≤ 1,14 (95. Perzentil)	0,61 ☺ 0,07 – 2,84	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<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 169)	0,9 0,89 – 0,91	≤ 1,60 (95. Perzentil)	2,16 ☺ 1,9 – 2,43	A71 ☺ 254 / 940 (117,80)
--	--------------------	------------------------	----------------------	-----------------------------

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<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 169)	0,92 0,91 – 0,93	≤ 1,54 (95. Perzentil)	1,64 ☺ 1,39 – 1,93	R10 ☺ 147 / 488 (89,43)
--	---------------------	------------------------	-----------------------	----------------------------

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 169)	0,24 % 0,23 – 0,25	≤ 0,25 % (90. Perzentil)	0 % ☺ 0 – 0,17	R10 ☺ 0 / 1.437 (entf.)
--	-----------------------	--------------------------	-------------------	----------------------------

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 169)	93,25 % 93 – 93,49	≥ 93,26 % (5. Perzentil)	91,57 % ☺ 84,16 – 96,15	R10 ☺ 76 / 83 (entf.)
--	-----------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

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

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 169)	18,19 % 17,71 – 18,68	≤ 24,94 % (95. Perzentil)	0 % ☞ 0,01 – 23,76	R10 ☞ 0 / 9 (entf.)
--	--------------------------	------------------------------	-----------------------	------------------------

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 169)	4,76 % 4,7 – 4,82	≤ 7,60 % (95. Perzentil)	2,87 % ☞ 1,94 – 4,09	R10 ☞ 27 / 940 (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 / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 170)	74,55 % 74,09 – 75,01	≥ 63,22 % (5. Perzentil)	76,62 % ☞ 66,31 – 84,98	R10 ☞ 59 / 77 (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 / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 170)	3,21 % 3,03 – 3,4	≤ 8,78 % (95. Perzentil)	0 % ☞ 0 – 3,2	R10 ☞ 0 / 77 (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 / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 169)	29,94 % 29,74 – 30,15	≤ 44,87 % (95. Perzentil)	16,36 % ☞ 12,64 – 20,68	R10 ☞ 53 / 324 (entf.)
--	--------------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------------

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung: Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 169)	11,14 % 11,03 – 11,26	≤ 19,27 % (95. Perzentil)	17,01 % ☞ 13,87 – 20,53	R10 ☞ 83 / 488 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	0,96 % 0,89 – 1,04	≤ 2,60 %	0 % ○ 0 – 2,56	R10 ○ 0 / 146 (entf.)
--	-----------------------	----------	-------------------	--------------------------

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:

Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 170)	99,54 % 99,49 – 99,59	≥ 90,00 %	99,29 % ○ 96,09 – 99,87	R10 ○ 140 / 141 (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 / <a href="#">Hinweis 7</a> (S. 171)	88,41 % 88,2 – 88,62	≥ 60,00 %	97,65 % ○ 94,11 – 99,08	R10 ○ 166 / 170 (entf.)
--	-------------------------	-----------	----------------------------	----------------------------

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

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:

Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 8</a> (S. 171)	96,4 % 96,26 – 96,54	≥ 90,00 %	95,89 % ○ 91,32 – 98,1	R10 ○ 140 / 146 (entf.)
--	-------------------------	-----------	---------------------------	----------------------------

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:

Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	53,31 % 52,95 – 53,67	-	24,66 % 18,38 – 32,24	- 36 / 146 (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 / <a href="#">Hinweis 10</a> (S. 172)	95,38 % 95,3 – 95,46	≥ 90,00 %	96,76 % ○ 94,88 – 97,97	R10 ○ 508 / 525 (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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	0,87 0,85 – 0,9	≤ 3,36 (95. Perzentil)	1,09 ○ 0,64 – 1,79	R10 ○ 13 / 146 (11,96)
---	--------------------	---------------------------	-----------------------	---------------------------

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	0,96 0,9 – 1,02	≤ 3,98 (95. Perzentil)	2,32 ○ 0,91 – 5,79	R10 ○ 4 / 146 (1,72)
---	--------------------	---------------------------	-----------------------	-------------------------

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:

Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	1,42 % 1,34 – 1,51	≤ 3,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
--	-----------------------	----------	------------------	----------------

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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	0,86 % 0,74 – 1	≤ 2,50 %	0 % ○ 0 – 18,43	R10 ○ 0 / 17 (entf.)
--	--------------------	----------	--------------------	-------------------------

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 / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 168)	91,55 % 91,22 – 91,86	≥ 60,00 %	100 % ○ 89,57 – 100	R10 ○ 33 / 33 (entf.)
--	--------------------------	-----------	------------------------	--------------------------

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:

Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 173)	97,7 % 97,49 – 97,9	≥ 90,00 %	100 % ○ 81,57 – 100	R10 ○ 17 / 17 (entf.)
---	------------------------	-----------	------------------------	--------------------------

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:

Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 13</a> (S. 174)	91,97 % 91,58 – 92,34	≥ 90,00 %	94,12 % ○ 73,02 – 98,95	R10 ○ 16 / 17 (entf.)
---	--------------------------	-----------	----------------------------	--------------------------

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

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 / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	53,76 % 53,05 – 54,48	-	35,29 % 17,31 – 58,7	- 6 / 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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	0,83 0,79 – 0,87	≤ 2,53 (95. Perzentil)	1,13 ○ 0,32 – 3,31	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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	0,97 0,81 – 1,16	≤ 6,01 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 26,85	R10 ○ 0 / 17 (0,12)
---	---------------------	---------------------------	------------------	------------------------

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:  
Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers  
(Defibrillators)

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	0,77 % 0,66 – 0,91	≤ 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 / <a href="#">Hinweis 14</a> (S. 174)	96,26 % 96,11 – 96,4	≥ 90,00 %	98,51 % ○ 92,02 – 99,74	R10 ○ 66 / 67 (entf.)
---	-------------------------	-----------	----------------------------	--------------------------

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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	97,65 % 97,57 – 97,72	≥ 90,00 %	100 % ○ 83,89 – 100	R10 ○ 20 / 20 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	92,06 % 91,65 – 92,45	≥ 86,00 %	80 % ○ 37,55 – 96,38	U62 ○ 4 / 5 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	2,31 % 2,24 – 2,38	≤ 7,59 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 16,11	R10 ○ 0 / 20 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	4,69 % 4,53 – 4,86	≤ 11,11 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
--	-----------------------	---------------------------------	------------------	----------------

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

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 / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	1,44 % 1,39 – 1,5	≤ 6,67 % (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 / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	7,48 % 7,08 – 7,9	≤ 19,43 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	U62 ○ 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 / <a href="#">Hinweis II</a> (S. 172)	1,03 1,01 – 1,05	≤ 2,25 (95. Perzentil)	1,19 ○ 0,64 – 2,08	R10 ○ 9 / 64 (7,56)
---	---------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

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 / <a href="#">Hinweis II</a> (S. 172)	0,99 0,95 – 1,03	≤ 1,98 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 3,44	R10 ○ 0 / 5 (0,63)
---	---------------------	---------------------------	-----------------	-----------------------

Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehl-lage, peri-prothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhängen (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 / <a href="#">Hinweis I5</a> (S. 175)	1,06 1 – 1,12	-	0 0 – 7,23	- 0 / 5 (0,30)
---	------------------	---	---------------	-------------------

Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhängen (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 / <a href="#">Hinweis I5</a> (S. 175)	0,94 0,88 – 0,99	-	0 0 – 6,12	- 0 / 5 (0,36)
---	---------------------	---	---------------	-------------------

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 / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	0,05 % 0,04 – 0,06	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 18,43	R10 ○ 0 / 17 (entf.)
--	-----------------------	----------------	--------------------	-------------------------



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

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 / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 175)	1,04 1,01 – 1,08	-	0,47 0,13 – 1,6	- entf.
--	---------------------	---	--------------------	------------

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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	1,06 1,04 – 1,09	≤ 2,56 (95. Perzentil)	0,73 ○ 0,36 – 1,42	R10 ○ 7 / 77 (9,53)
---	---------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:

Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	97,09 % 97,01 – 97,17	≥ 90,00 %	94,74 % ○ 87,23 – 97,93	R10 ○ 72 / 76 (entf.)
--	--------------------------	-----------	----------------------------	--------------------------

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:

Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	8,82 % 8,6 – 9,05	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
--	----------------------	-----------	------------------	----------------

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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	97,97 % 97,89 – 98,05	≥ 90,00 %	100 % ○ 70,09 – 100	R10 ○ 9 / 9 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	92,25 % 91,75 – 92,72	≥ 86,00 %	entf. ○ entf.	N99 ○ entf.
--	--------------------------	-----------	------------------	----------------

Kommentar der beauftragten Stelle:  
Verzicht auf STNV

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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	97,52 % 97,31 – 97,72	≥ 90,00 %	entf. entf.	N01 ○ 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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	1,07 % 1,02 – 1,12	≤ 4,55 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 29,91	R10 ○ 0 / 9 (entf.)
--	-----------------------	-----------------------------	--------------------	------------------------

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

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 / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	3,2 % 2,9 – 3,54	≤ 11,45 % (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 geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	1 % 0,95 – 1,05	≤ 4,20 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 29,91	R10 ○ 0 / 9 (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 / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	4,19 % 3,84 – 4,56	≤ 14,29 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ 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 / <a href="#">Hinweis II</a> (S. 172)	1,22 1,15 – 1,31	≤ 5,66 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 105,65	R10 ○ 0 / 10 (0,03)
---	---------------------	---------------------------	-------------------	------------------------

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 / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	0,04 % 0,03 – 0,05	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 27,75	R10 ○ 0 / 10 (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 / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	96,53 % 96,07 – 96,94	≥ 95,00 %	entf. ☹ entf.	R10 ☹ entf.
--	--------------------------	-----------	------------------	----------------

Kommentar / Erläuterung KH:

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Der QI 330 wurde mit Beschluss des G-BA vom 16.12.2021 ausgesetzt. Die bereits erhobenen Daten des Berichtsjahres 2021 wurden dennoch hier ausgewertet und veröffentlicht.

Geburtshilfe:

Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Qualitätsindikator / DeQS, QS- Planung nein / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 175)	0,22 % 0,14 – 0,33	Sentinel Event	0 % ☹ 0 – 19,36	R10 ☹ 0 / 16 (entf.)
---	-----------------------	----------------	--------------------	-------------------------

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

**Geburtshilfe:**

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

Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 175)	97,17 % 96,95 – 97,38	≥ 90,00 %	100 % 86,68 – 100	R10 25 /25 (entf.)
---	--------------------------	-----------	----------------------	-----------------------

**Geburtshilfe:**

Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	1,02 1,01 – 1,02	≤ 1,24 (90. Perzentil)	0,83 0,77 – 0,89	R10 481 /1.861 (580,51)
---	---------------------	------------------------	---------------------	----------------------------

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 / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	18,54 % 18,37 – 18,71	-	11,9 % 9,3 – 15,11	- 57 /479 (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 / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	45,71 % 45,4 – 46,02	-	34,47 % 29 – 40,39	- 91 /264 (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 / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	3,69 % 3,61 – 3,78	-	3,7 % 2,36 – 5,78	- 18 /486 (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 / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	20,97 % 20,66 – 21,28	-	8,42 % 5,32 – 13,06	- 17 /202 (entf.)
---	--------------------------	---	------------------------	----------------------

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 nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	70,68 % 70,41 – 70,95	-	66,67 % 60,94 – 71,94	- 186 /279 (entf.)
---	--------------------------	---	--------------------------	-----------------------

Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	92,67 % 92,3 – 93,01	-	100 % 91,62 – 100	- 42 /42 (entf.)
---	-------------------------	---	----------------------	---------------------

Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	86,54 % 85,92 – 87,13	-	91,67 % 74,15 – 97,68	- 22 /24 (entf.)
---	--------------------------	---	--------------------------	---------------------

Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	75,1 % 74,58 – 75,61	-	74 % 60,45 – 84,13	- 37 /50 (entf.)
---	-------------------------	---	-----------------------	---------------------

Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	100 % 99,87 – 100	-	100 % 67,56 – 100	- 8 /8 (entf.)
---	----------------------	---	----------------------	-------------------

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

Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	43,84 % 43,35 – 44,34	-	35,29 % 25 – 47,16	- 24 / 68 (entf.)
---	--------------------------	---	-----------------------	----------------------

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 / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 176)	1,01 0,98 – 1,04	≤ 2,32	1,24 ○ 0,75 – 2,04	R10 ○ 15 / 1.798 (12,09)
---	---------------------	--------	-----------------------	-----------------------------

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 / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	1,4 1,24 – 1,58	-	0 0 – 9,92	- 0 / 1.798 (0,39)
---	--------------------	---	---------------	-----------------------

Neugeborene, die 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)

KKez / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	1,06 1,01 – 1,12	-	0,85 0,29 – 2,49	- entf.
---	---------------------	---	---------------------	------------

Neugeborene, die 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)

KKez / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	0,9 0,86 – 0,95	-	1,34 0,61 – 2,91	- 6 / 1.776 (4,49)
---	--------------------	---	---------------------	-----------------------

Neugeborene, die 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)

KKez / DeQS, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	1,04 0,99 – 1,09	-	1,63 0,75 – 3,55	- 6 / 1.780 (3,68)
---	---------------------	---	---------------------	-----------------------

Geburtshilfe:

Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	0,81 0,74 – 0,88	≤ 2,96 (95. Perzentil)	0,61 ○ 0,11 – 3,43	R10 ○ entf.
---	---------------------	---------------------------	-----------------------	----------------

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 / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	0,81 0,73 – 0,9	-	0,85 0,15 – 4,79	- entf.
---	--------------------	---	---------------------	------------

Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	0,81 0,71 – 0,93	-	0 0 – 7,86	- 0 / 101 (0,47)
---	---------------------	---	---------------	---------------------

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

**Geburtshilfe:**

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

Qualitätsindikator / DeQS, QS-Planung ja / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 175)	98,93 % 98,88 – 98,97	≥ 90,00 %	98,77 % <b>U</b> 97,34 – 99,44	R10 <b>➔</b> 482 / 488 (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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	1,03 0,92 – 1,15	≤ 3,94 (95. Perzentil)	0 <b>O</b> 0 – 7,26	R10 <b>O</b> 0 / 77 (0,50)
---	---------------------	------------------------	------------------------	-------------------------------

**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 / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 175)	0,96 0,91 – 1,01	-	1,31 0,56 – 3,05	- 5 / 1.738 (3,82)
--	---------------------	---	---------------------	-----------------------

**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 / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	0,22 % 0,21 – 0,24	-	0,29 % 0,12 – 0,67	- 5 / 1.738 (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 / <a href="#">Hinweis 20</a> (S. 177)	0,73 % 0,65 – 0,81	Sentinel Event	0 % <b>O</b> 0 – 4,18	R10 <b>O</b> 0 / 88 (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 / <a href="#">Hinweis 20</a> (S. 177)	89 % 88,68 – 89,31	≥ 75,40 % (5. Perzentil)	86,42 % <b>O</b> 77,3 – 92,24	R10 <b>O</b> 70 / 81 (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 / <a href="#">Hinweis 20</a> (S. 177)	18,88 % 18,16 – 19,62	≤ 43,52 % (95. Perzentil)	23,08 % <b>O</b> 11,03 – 42,05	R10 <b>O</b> 6 / 26 (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 / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 175)	7,39 % 6,97 – 7,83	≤ 20,00 %	8,33 % <b>O</b> 3,29 – 19,55	R10 <b>O</b> 4 / 48 (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 / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	11,08 % 9,83 – 12,46	-	entf. entf.	- entf.
---	-------------------------	---	----------------	------------

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

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 / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 176)	13,17 % 12,08 – 14,34	-	entf. entf.	- entf.
---	--------------------------	---	----------------	------------

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 / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 175)	1,15 % 1,04 – 1,27	≤ 5,00 %	0 % ○ 0 – 3,74	R10 ○ 0 / 99 (entf.)
---	-----------------------	----------	-------------------	-------------------------

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):

Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	3,3 % 3,19 – 3,42	≤ 6,59 % (90. Perzentil)	4,6 % ○ 2,35 – 8,81	R10 ○ 8 / 174 (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 / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 176)	1,03 0,97 – 1,09	≤ 4,18	0,49 ○ 0,09 – 2,72	R10 ○ entf.
---	---------------------	--------	-----------------------	----------------

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 / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	17,66 % 17,46 – 17,85	-	19,86 % 15,62 – 24,91	- 56 / 282 (entf.)
---	--------------------------	---	--------------------------	-----------------------

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	18,18 % 18,04 – 18,31	-	21,43 % 17,59 – 25,84	- 81 / 378 (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 anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	90,98 % 90,82 – 91,14	≥ 90,00 %	89,35 % ○ 84,53 – 92,8	U62 ○ 193 / 216 (entf.)
--	--------------------------	-----------	---------------------------	----------------------------

Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	66,88 % 66,7 – 67,06	-	71,38 % 65,92 – 76,28	- 207 / 290 (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 anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	98,44 % 98,24 – 98,62	-	100 % 74,12 – 100	- 11 / 11 (entf.)
---	--------------------------	---	----------------------	----------------------



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

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	97,81 % 97,41 – 98,15	-	100 % 56,55 – 100	- 5 / 5 (entf.)
--	--------------------------	---	----------------------	--------------------

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	99,13 % 99,09 – 99,16	≥ 95,00 %	98,68 % ○ 96,94 – 99,43	R10 ○ 373 / 378 (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 / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	98,9 % 98,85 – 98,95	-	98,94 % 96,92 – 99,64	- 279 / 282 (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 anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	99,16 % 99,13 – 99,2	-	98,64 % 96,85 – 99,42	- 362 / 367 (entf.)
---	-------------------------	---	--------------------------	------------------------

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	98,95 % 98,89 – 99	-	98,92 % 96,86 – 99,63	- 274 / 277 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	96,72 % 96,66 – 96,78	≥ 95,00 %	96,47 % ○ 94,05 – 97,92	R10 ○ 355 / 368 (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 / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	96,66 % 96,57 – 96,75	-	95,6 % 92,48 – 97,47	- 261 / 273 (entf.)
--	--------------------------	---	-------------------------	------------------------

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	96,55 % 96,47 – 96,63	≥ 95,00 %	100 % ○ 98,5 – 100	R10 ○ 252 / 252 (entf.)
--	--------------------------	-----------	-----------------------	----------------------------

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	95,74 % 95,61 – 95,86	-	100 % 98 – 100	- 188 / 188 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	92,44 % 92,29 – 92,59	≥ 90,00 %	95,33 % ○ 90,68 – 97,72	R10 ○ 143 / 150 (entf.)
--	--------------------------	-----------	----------------------------	----------------------------



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

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 / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	92,77 % 92,56 – 92,97	-	94,87 % 89,26 – 97,63	- 111 / 117 (entf.)
--	--------------------------	---	--------------------------	------------------------

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 / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	98,78 % 98,74 – 98,83	-	99,6 % 97,78 – 99,93	- 250 / 251 (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 / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	98,66 % 98,58 – 98,73	-	99,47 % 97,03 – 99,91	- 186 / 187 (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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	1,01 1 – 1,03	≤ 2,01 (95. Perzentil)	1,25 ○ 0,84 – 1,84	R10 ○ 22 / 219 (17,56)
---	------------------	---------------------------	-----------------------	---------------------------

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 175)	1,02 1,01 – 1,03	-	1,39 1,01 – 1,89	- 34 / 298 (24,45)
---	---------------------	---	---------------------	-----------------------

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 175)	1,02 1 – 1,03	-	1,74 1,02 – 2,83	- 12 / 79 (6,89)
---	------------------	---	---------------------	---------------------

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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	97,11 % 96,92 – 97,29	≥ 90,00 %	88,89 % ○ 56,5 – 98,01	U62 ○ 8 / 9 (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 / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 175)	0,09 % 0,04 – 0,19	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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	4,17 % 3,67 – 4,74	≤ 5,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
--	-----------------------	----------	------------------	----------------

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

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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	10,67 % 10,42 – 10,92	≤ 22,48 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 14,31	R10 ○ 0 /23 (entf.)
--	--------------------------	---------------------------------	--------------------	------------------------

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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	99,46 % 99,4 – 99,52	≥ 97,41 % (5. Perzentil)	100 % ○ 86,68 – 100	R10 ○ 25 /25 (entf.)
--	-------------------------	-----------------------------	------------------------	-------------------------

Operation an der Brust:

Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	98,1 % 97,99 – 98,19	≥ 95,00 %	100 % ○ 88,3 – 100	R10 ○ 29 /29 (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 / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 175)	99,44 % 99,32 – 99,54	≥ 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 / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 175)	98,9 % 98,77 – 99,01	≥ 95,00 %	100 % ☺ 56,55 – 100	R10 ☺ 5 /5 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	2,54 % 2,41 – 2,68	≤ 9,52 % (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	1,85 % 1,75 – 1,96	≤ 5,88 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
--	-----------------------	-----------------------------	------------------	----------------

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

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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	1,08 1,06 – 1,11	≤ 2,46 (95. Perzentil)	1,45 ○ 0,72 – 2,71	R10 ○ 7 / 51 (4,84)
---	---------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	1,09 1,07 – 1,11	≤ 2,36 (95. Perzentil)	0,34 ○ 0,12 – 0,9	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 / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 175)	1,05 1,02 – 1,09	-	0,82 0,23 – 2,76	- 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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	97,54 % 97,4 – 97,67	≥ 90,00 %	100 % ○ 91,8 – 100	R10 ○ 43 / 43 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	9,11 % 8,88 – 9,35	≤ 15,00 %	11,76 % ○ 5,51 – 23,38	R10 ○ 6 / 51 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	0,75 % 0,6 – 0,95	≤ 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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	1,19 1,03 – 1,36	≤ 5,04 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 51,81	R10 ○ 0 / 11 (0,05)
---	---------------------	---------------------------	------------------	------------------------

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers:  
Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	0,91 % 0,7 – 1,17	≤ 3,00 %	0 % ○ 0 – 32,44	R10 ○ 0 / 8 (entf.)
--	----------------------	----------	--------------------	------------------------

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

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 / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	1,41 % 1,16 – 1,7	≤ 2,90 %	0 % ○ 0 – 43,45	R10 ○ 0 / 5 (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 / <a href="#">Hinweis II</a> (S. 172)	1,06 0,91 – 1,23	≤ 4,79 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 15,97	R10 ○ 0 / 5 (0,14)
---	---------------------	---------------------------	------------------	-----------------------

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 / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	0,66 % 0,48 – 0,92	≤ 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 / <a href="#">Hinweis II</a> (S. 172)	0,94 0,88 – 1,01	≤ 2,31 (95. Perzentil)	0,57 ○ 0,1 – 3,06	R10 ○ entf.
---	---------------------	---------------------------	----------------------	----------------

Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis I8</a> (S. 176)	0,96 % 0,86 – 1,07	-	entf. ○ entf.	- entf.
---	-----------------------	---	------------------	------------

Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis I8</a> (S. 176)	0,17 % 0,13 – 0,22	-	0 % 0 – 5,13	- 0 / 71 (entf.)
---	-----------------------	---	-----------------	---------------------

Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

EKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis I8</a> (S. 176)	1,4 % 1,28 – 1,54	-	0 % 0 – 5,13	- 0 / 71 (entf.)
---	----------------------	---	-----------------	---------------------

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Ein Hörtest wurde durchgeführt

Qualitätsindikator / DeQS nein / <a href="#">Hinweis I</a> (S. 168)	98,3 % 98,21 – 98,38	≥ 95,00 %	98,96 % ○ 96,99 – 99,65	R10 ○ 286 / 289 (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 / <a href="#">Hinweis 2I</a> (S. 177)	1,04 0,97 – 1,1	≤ 2,29 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 6,84	R10 ○ 0 / 14 (0,44)
---	--------------------	---------------------------	-----------------	------------------------

Frühgeborene, die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis I5</a> (S. 175)	1,12 1 – 1,25	-	0 0 – 29,07	- 0 / 10 (0,10)
---	------------------	---	----------------	--------------------

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

Frühgeborene, die eine schwerwiegende Hirnblutung hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	0,91 0,78 – 1,07	-	0 0 – 46,13	- 0 / 10 (0,06)
---	---------------------	---	----------------	--------------------

Frühgeborene, die eine eine schwerwiegende Schädigung des Darms hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	1,04 0,87 – 1,24	-	0 0 – 18,71	- 0 / 14 (0,16)
---	---------------------	---	----------------	--------------------

Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Lunge hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	0,98 0,87 – 1,1	-	0 0 – 23,8	- 0 / 10 (0,12)
---	--------------------	---	---------------	--------------------

Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

KKez / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 175)	1,28 1,03 – 1,58	-	0 0 – 288,93	- 0 / 5 (0,01)
---	---------------------	---	-----------------	-------------------

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Qualitätsindikator / DeQS ja / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	0,93 0,87 – 1	≤ 2,47 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 3,28	R10 ○ 0 / 253 (1,15)
---	------------------	---------------------------	-----------------	-------------------------

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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	0,94 0,91 – 0,98	≤ 2,04 (95. Perzentil)	0,24 ○ 0,07 – 0,88	R10 ○ entf.
---	---------------------	---------------------------	-----------------------	----------------

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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	0,2 % 0,17 – 0,23	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 1,42	R10 ○ 0 / 267 (entf.)
--	----------------------	----------------	-------------------	--------------------------

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 178)	0,94 0,83 – 1,07	-	0 0 – 34,71	- 0 / 10 (0,08)
--	---------------------	---	----------------	--------------------

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 178)	2,81 % 2,47 – 3,19	-	0 % 0 – 27,75	- 0 / 10 (entf.)
--	-----------------------	---	------------------	---------------------

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 178)	0,98 0,88 – 1,09	-	0 0 – 21,23	- 0 / 10 (0,13)
--	---------------------	---	----------------	--------------------

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 178)	5,4 % 4,85 – 6,01	-	0 % 0 – 27,75	- 0 / 10 (entf.)
--	----------------------	---	------------------	---------------------

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

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut der Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Transparenzkennzahl / DeQS	1,1	-	0	-
nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 178)	0,94 – 1,29		0 – 180,66	0 / 5 (0,01)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Transparenzkennzahl / DeQS	3,67 %	-	0 %	-
nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 178)	3,13 – 4,3		0 – 43,45	0 / 5 (entf.)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Transparenzkennzahl / DeQS	1,08	-	0	-
nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 178)	0,93 – 1,25		0 – 15,45	0 / 14 (0,20)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Transparenzkennzahl / DeQS	1,93 %	-	0 %	-
nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 178)	1,67 – 2,24		0 – 21,53	0 / 14 (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	0,86	≤ 2,55 (95. Perzentil)	0 ○	R 10 ○
nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	0,77 – 0,95		0 – 7,76	0 / 14 (0,39)

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	1,12	-	0	-
nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 178)	1 – 1,25		0 – 29,07	0 / 10 (0,10)

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	3,57 %	-	0 %	-
nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 178)	3,19 – 3,99		0 – 27,75	0 / 10 (entf.)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen:

Wachstum des Kopfes

Qualitätsindikator / DeQS	10,06 %	≤ 21,90 % (95. Perzentil)	entf. ○	R 10 ○
nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	9,54 – 10,6		entf.	entf.

Verbeugung 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 oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Qualitätsindikator / DeQS	0 %	Sentinel Event	0 % ○	R 10 ○
nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	0 – 0		0 – 0,02	0 / 20.210 (entf.)



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

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 / <a href="#">Hinweis 24</a> (S. 179)	0,01 % 0 – 0,01	-	0 % 0 – 0,02	- 0 / 20.210 (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 / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 172)	1,05 1,04 – 1,06	≤ 2,28 (95. Perzentil)	0,65 ○ 0,48 – 0,88	R10 ○ 41 / 20.210 (63,24)
---	---------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------------

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 bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	0,06 % 0,06 – 0,06	-	0,03 % 0,01 – 0,06	- 6 / 20.210 (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 einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Transparenzkennzahl / DeQS nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 172)	0,34 % 0,33 – 0,34	-	0,17 % 0,12 – 0,24	- 35 / 20.210 (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 / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 168)	0,17 % 0,12 – 0,25	≤ 2,30 %	0 % ○ 0 – 13,8	R10 ○ 0 / 24 (entf.)
--	-----------------------	----------	-------------------	-------------------------

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 / <a href="#">Hinweis 10</a> (S. 172)	98,64 % 98,54 – 98,72	≥ 95,00 %	99,01 % ○ 94,6 – 99,83	R10 ○ 100 / 101 (entf.)
---	--------------------------	-----------	---------------------------	----------------------------

<sup>1</sup> Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

<sup>2</sup> Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

<sup>3</sup> Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

<sup>4</sup> Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.

☺ = verbessert; ➡ = unverändert; ☹ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

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

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

N99 = Bewertung nicht vorgesehen: QSKH, DeQS: Sonstiges (im Kommentar erläutert);

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: QSKH, DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich;

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



A71 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig; DeQS: Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel.

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

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

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

Fachliche Hinweise des IQTIG

#### Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

**Hinweis 1** Der Referenzbereich gibt an, 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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

**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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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 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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

**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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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

Hinweis 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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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/ehz150.

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

**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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herz schrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herz schrittmacher-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 gerin gen Fallzahlen auf Standortebe- nene 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; Ge raedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Kran kenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

**Hinweis 8** 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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni sationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizi enz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol 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/ehs150.

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

- McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, 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 9 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>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Hinweis 10 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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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 Revisi on, 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 Standort ebene 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 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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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, Priori et al. 2015). 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/ehf150.
- Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.
- McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumhauer, 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.
- Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias



**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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). 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. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.

**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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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; Geraedts, 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>

**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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

**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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

- 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>

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 19 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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Hinweis 20 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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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 21 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/grundlagen/methodische-grundlagen>

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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Frühgeburlichkeit 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 Fallzahl oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).

- 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>

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/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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

- Hinweis 23 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>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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

Hinweis 24 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>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.

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 nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung	Kommentar / Erläuterung
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20			

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung	Kommentar / Erläuterung
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	10		Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Absatz 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	17		
Stammzelltransplantation	25	31		
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	28	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).	
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht <1250 g	14		Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Absatz 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.	Seit bestehen der neonatologischen Intensivbetten 1991. Es wurden insgesamt 11 Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1500g versorgt.

## C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

### C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Stammzelltransplantation	ja

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Leistungsbereich	Bestätigte Prognose <sup>1</sup>	Erbrachte Menge 2021	Menge Quartal 3-4 & 1-2 <sup>2</sup>
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja	17	24
Stammzelltransplantation	ja	31	24

<sup>1</sup> Hier wird angegeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt wurde.

<sup>2</sup> In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Stammzelltransplantation	nein

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V)

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr keine Anwendung finden:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Stammzelltransplantation	nein

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

Perinatalzentrum

Weiterführende standortbezogene Informationen unter: [www.perinatalzentren.org](http://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:

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 <sup>2</sup>
I. Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht <sup>1</sup> unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	167



	Anzahl <sup>2</sup>
2. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	134
3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	124

<sup>1</sup> nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

<sup>2</sup> Anzahl der Personen

## C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>	Ausnahmetatbestände
Allgemeine Chirurgie	C2M3 – Viszeralmedizin	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	C2M3 – Viszeralmedizin	Nacht	90,91 %	0
Allgemeine Chirurgie	CH1 – Chirurgie	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	CH1 – Chirurgie	Nacht	81,82 %	0
Unfallchirurgie	CH3 – Unfallchirurgie	Tag	100 %	0
Unfallchirurgie	CH3 – Unfallchirurgie	Nacht	100 %	0
Geriatric	GE1 – Geriatric	Tag	100 %	0
Geriatric	GE1 – Geriatric	Nacht	100 %	0
Geriatric	GE2 – Geriatric	Tag	100 %	0
Geriatric	GE2 – Geriatric	Nacht	100 %	0
Geriatric	GE3 – Geriatric	Tag	100 %	0
Geriatric	GE3 – Geriatric	Nacht	100 %	0
Geriatric	GE4- Geriatric	Tag	100 %	0
Geriatric	GE4- Geriatric	Nacht	100 %	0
Geriatric	GE5 – Geriatric	Tag	100 %	0
Geriatric	GE5 – Geriatric	Nacht	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	IAS – Interdisziplinäre Aufnahmestation Innere	Tag	100 %	0
Innere Medizin, Kardiologie	IAS – Interdisziplinäre Aufnahmestation Innere	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	IMCI	Tag	100 %	0
Innere Medizin	IMCI	Nacht	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	IMCO	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	IMCO	Nacht	100 %	0
Pädiatrie	IMCP – Pädiatrie	Tag	100 %	0
Pädiatrie	IMCP – Pädiatrie	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	INI- Innere Medizin Intensiv	Tag	100 %	0
Intensivmedizin	INI- Innere Medizin Intensiv	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	INO- Operative Intensiv- station	Tag	100 %	0
Intensivmedizin	INO- Operative Intensiv- station	Nacht	100 %	0
Pädiatrische Intensivmedizin	INP – Intensiv Pädiatrie	Tag	100 %	0
Pädiatrische Intensivmedizin	INP – Intensiv Pädiatrie	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	100 %	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>	Ausnahmetatbestände
Innere Medizin	M22P – 2. Medizin	Tag	100 %	0
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 %	0
Innere Medizin	M32 – 3. Medizin	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	M33 – 3. Medizin	Tag	100 %	0
Innere Medizin	M33 – 3. Medizin	Nacht	100 %	0
Pädiatrie	PA3 – Pädiatrie	Tag	100 %	0
Pädiatrie	PA3 – Pädiatrie	Nacht	100 %	0

<sup>1</sup> 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 <sup>1</sup>
Allgemeine Chirurgie	C2M3 – Viszeralmedizin	Tag	86,83 %
Allgemeine Chirurgie	C2M3 – Viszeralmedizin	Nacht	53,89 %
Allgemeine Chirurgie	CH1 – Chirurgie	Tag	93,41 %
Allgemeine Chirurgie	CH1 – Chirurgie	Nacht	67,37 %
Unfallchirurgie	CH3 – Unfallchirurgie	Tag	100 %
Unfallchirurgie	CH3 – Unfallchirurgie	Nacht	97,6 %
Geriatrie	GE1 – Geriatrie	Tag	99,04 %
Geriatrie	GE1 – Geriatrie	Nacht	98,56 %
Geriatrie	GE2 – Geriatrie	Tag	97,26 %
Geriatrie	GE2 – Geriatrie	Nacht	84,11 %
Geriatrie	GE3 – Geriatrie	Tag	94,52 %
Geriatrie	GE3 – Geriatrie	Nacht	90,68 %
Geriatrie	GE4- Geriatrie	Tag	99,41 %
Geriatrie	GE4- Geriatrie	Nacht	97,95 %
Geriatrie	GE5 – Geriatrie	Tag	100 %
Geriatrie	GE5 – Geriatrie	Nacht	97,81 %
Innere Medizin, Kardiologie	IAS – Interdisziplinäre Aufnahmestation Innere	Tag	100 %
Innere Medizin, Kardiologie	IAS – Interdisziplinäre Aufnahmestation Innere	Nacht	100 %
Innere Medizin	IMCI	Tag	95,72 %
Innere Medizin	IMCI	Nacht	95,2 %
Allgemeine Chirurgie	IMCO	Tag	94,81 %
Allgemeine Chirurgie	IMCO	Nacht	96,46 %
Pädiatrie	IMCP – Pädiatrie	Tag	82,91 %
Pädiatrie	IMCP – Pädiatrie	Nacht	96,19 %
Intensivmedizin	INI- Innere Medizin Intensiv	Tag	92,88 %
Intensivmedizin	INI- Innere Medizin Intensiv	Nacht	95,07 %
Intensivmedizin	INO- Operative Intensivstation	Tag	91,78 %

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup>
Intensivmedizin	INO- Operative Intensivstation	Nacht	84,38 %
Pädiatrische Intensivmedizin	INP – Intensiv Pädiatrie	Tag	94,35 %
Pädiatrische Intensivmedizin	INP – Intensiv Pädiatrie	Nacht	99,17 %
Innere Medizin, Kardiologie	M11 – Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Tag	91,02 %
Innere Medizin, Kardiologie	M11 – Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Nacht	82,93 %
Innere Medizin, Kardiologie	M12 – Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Tag	100 %
Innere Medizin, Kardiologie	M12 – Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Nacht	95,81 %
Innere Medizin, Kardiologie	M13 – Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Tag	67,37 %
Innere Medizin, Kardiologie	M13 – Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	Nacht	68,86 %
Innere Medizin	M22P – 2. Medizin	Tag	100 %
Innere Medizin	M22P – 2. Medizin	Nacht	96,11 %
Innere Medizin	M23 – 2. Medizin	Tag	94,48 %
Innere Medizin	M23 – 2. Medizin	Nacht	90,8 %
Innere Medizin	M24 – 2. Medizin	Tag	99,7 %
Innere Medizin	M24 – 2. Medizin	Nacht	97,6 %
Innere Medizin	M32 – 3. Medizin	Tag	74,42 %
Innere Medizin	M32 – 3. Medizin	Nacht	90,48 %
Innere Medizin	M33 – 3. Medizin	Tag	96,3 %
Innere Medizin	M33 – 3. Medizin	Nacht	97,03 %
Pädiatrie	PA3 – Pädiatrie	Tag	100 %
Pädiatrie	PA3 – Pädiatrie	Nacht	100 %

<sup>1</sup> 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)

## 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 Patienten 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 Projekt-, Qualitätsmanagement und Marketing (PQM) und dem Direktorium festgelegt werden. Hierzu gehört u.a. eine hohe Patientenzufriedenheit, aber auch die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte in Bezug auf die Versorgung ihrer Patienten. 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 einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Übergeordnet verantwortlich für das Qualitätsmanagement im Städtischen Krankenhaus Kiel ist die Geschäftsführung. Sie sorgt für die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für das Qualitätsmanagement, 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 Qualitätsmanagements ist das Direktorium unter Einbeziehung des Betriebsrates und des QM-Beauftragten. Bei der Besetzung der QML ist berücksichtigt, dass Mitglieder aus den relevanten Berufsgruppen vertreten sind. Alle Mitglieder gehören der Leitungsebene an. Eine Satzung für die QML ist erarbeitet, aus der auch die Aufgaben hervorgehen.

### **Stabsstelle Projekt-, Qualitätsmanagement und Marketing (PQM)**

Bei der Geschäftsführung ist die Stabsstelle PQM angesiedelt. Die Aufgaben und Zuständigkeiten der Mitarbeiter des PQM sind in deren Funktionsbeschreibung festgelegt. Die Stabsstelle PQM ist zuständig für eine reibungslose Koordination und Kommunikation in QM-Belangen zwischen der Geschäftsführung, der QML und dem gesamten Städtischen Krankenhaus Kiel. Die Stabsstelle PQM 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 Qualitätsmanagements (z.B. Beschwerdemanagement, Fehlermanagement, Zufriedenheitsbefragungen, betriebliches Vorschlagswesen)
- Erstellung von Qualitätsberichten
- Information der Mitarbeiter über QM-Aktivitäten und Ansprechpartner für Mitarbeiter
- 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 aus allen Berufsgruppen in die QM-Organisation eingebunden sind. Alle leitenden Mitarbeiter (Chefärzte, pflegerische Bereichsleitungen und Abteilungsleitungen) sind über ihre Leitungsfunktion verpflichtet, in ihren Bereichen über relevante Aspekte des Qualitätsmanagements zu informieren und deren Umsetzung sicherzustellen. Dabei werden sie durch die Stabsstelle PQM unterstützt, die auch besonders eng mit den Leitungen und Koordinatoren der Organkrebszentren und zertifizierten Abteilungen zusammenarbeitet. Die Stabsstelle PQM 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. Im Rahmen des viermal jährlich stattfindenden Einführungstages werden neue Mitarbeiter auch über das Qualitätsmanagement im Städtischen Krankenhaus Kiel informiert.

Zudem werden Mitarbeiter der verschiedenen Abteilungen und Berufsgruppen über die aktive Mitarbeit in Projekten und Maßnahmen ins 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 den Apotheker 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 können dieses Formular direkt online ausfüllen und anonym an das Qualitätsmanagement 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. Im Vorfeld der Patientenbefragung wird meist 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 oder teilweise in Abstimmung mit den anderen Häusern des 6K-Verbundes erstellt.

Bei dieser Befragung werden entlassene Patienten, die innerhalb eines definierten Zeitraumes stationär im Krankenhaus waren, berücksichtigt. Die Patienten erhalten einen Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag per Post zugeschickt. Die Sammlung und Auswertung der eingegangenen Fragebögen verantwortet die Stabsstelle PQM. Die Fragebögen werden nach Abschluss der Auswertung datenschutzkonform vernichtet.

Der Ergebnisbericht wird durch das PQM in diversen Gremien des Hauses vorgestellt.

Anschließend leitet das PQM 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 Mitarbeitern 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. Jeder Zentrumspatient erhält mit seiner Patientenmappe einen Fragebogen, den er während seines stationären Aufenthalts oder im Anschluss ausfüllen kann. Die Auswertung obliegt der Stabsstelle PQM, die die Ergebnisse dem zuständigen Zentrumskoordinator 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 des Städtischen Krankenhauses Kiel, die zum Zeitpunkt der Befragung vertraglich im Krankenhaus beschäftigt sind, berücksichtigt. Die Mitarbeiter 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 Mitarbeitern 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 PQM. 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 (Patienten, Angehörige, Besucher, Dienstleister etc.) genutzt werden. Ziel ist es, jedem Beschwerdeführer 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 soll der Verbesserung der Qualität im Städtischen Krankenhaus Kiel dienen. Die Mitarbeiter 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 vorgegeben. Die Koordination und die Dokumentation des Projektes obliegen der Projektleitung.

## **Qualitätszirkel**

Die Qualitätsmanagementbeauftragten und Zentrumskoordinatoren 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

Projektevaluation:

- 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 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 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 Praxisanleitern des Bildungszentrums kontinuierlich unterstützend evaluiert. Auf diese Weise wird die uneingeschränkte Patientensicherheit gewährleistet und gleichzeitig werden die Schüler an eigenverantwortliches Arbeiten herangeführt.

Sowohl ärztliche Klinikleitung, die Pflegedirektion als auch Patienten 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 Kollegen 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 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 als auch auf der Ebene der Schüler 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 Qualitätsmanagementsystem, 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 Qualitätsmanagementsystem und ist branchenübergreifend einsetzbar. Im Fokus der Norm stehen die Zufriedenheit unserer Kunden/Patienten 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 Experten, 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 SKK, die Strukturen und Abläufe über Klinikgrenzen hinaus zu optimieren. Dabei steht die interdisziplinäre Behandlung der Patienten 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 Ärzte, 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 Patienten 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 Krebspatienten 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 Ärzte 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 Patienten eine den aktuellen Leitlinien der Krebsgesellschaft entsprechende und zugleich den individuellen Anforderungen gerecht werdende Behandlung zukommen zu lassen. Diese wird von den Kliniken des SKK gemeinsam strukturiert, kontinuierlich weiterentwickelt und aktiv mitgetragen.

Weitergehende Ziele sind:

- Informationsveranstaltungen für Mediziner, Patienten und Angehörige
- Erweiterung des psychoonkologischen Angebotes für betroffene Patienten und deren Angehörige
- Angebot und Koordination von Vor- und Nachsorgeprogrammen
- Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Mitarbeiter und Berufsgruppen
- Ausweitung des Angebotes für die Teilnahme an klinischen Studien

Alle am SKK 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 Krebspatienten 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 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 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](http://www.krankenhaus-kiel.de)

### **Redaktion, Layout:**

Projekt-, Qualitätsmanagement und Marketing  
Marc Schütze

Telefon 0431 1697-4085

E-Mail [marc.schuetze@krankenhaus-kiel.de](mailto:marc.schuetze@krankenhaus-kiel.de)