



2022

Referenzbericht

Universitätsklinikum Halle (Saale) - Medizin-Campus Steintor

Lesbare Version der an die Annahmestelle übermittelten XML-Daten
des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über das
Jahr 2022

Übermittelt am:	09.11.2023
Automatisch erstellt am:	31.01.2024
Layoutversion vom:	23.01.2024



Vorwort

Alle zugelassenen deutschen Krankenhäuser sind seit dem Jahr 2003 gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig strukturierte Qualitätsberichte über das Internet zu veröffentlichen. Die Berichte dienen der Information von Patientinnen und Patienten sowie den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Krankenkassen können Auswertungen vornehmen und für Versicherte Empfehlungen aussprechen. Krankenhäusern eröffnen die Berichte die Möglichkeit, ihre Leistungen und ihre Qualität darzustellen.

Rechtsgrundlage der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist der § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es, Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts zu fassen.

So hat der G-BA beschlossen, dass der Qualitätsbericht der Krankenhäuser in einer maschinenverwertbaren Version vorliegen soll. Diese maschinenverwertbare Version in der Extensible Markup-Language (XML), einer speziellen Computersprache, kann normalerweise nicht als Fließtext von Laien gelesen, sondern nur in einer Datenbank von elektronischen Suchmaschinen (z.B. Internet-Klinikportalen) genutzt werden.

Suchmaschinen bieten die Möglichkeit, auf Basis der Qualitätsberichte die Strukturen, Leistungen und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu suchen und miteinander zu vergleichen. Dies ermöglicht z.B. den Patientinnen und Patienten eine gezielte Auswahl eines Krankenhauses für ihren Behandlungswunsch.

Mit dem vorliegenden **Referenzbericht des G-BA** liegt nun eine für Laien **lesbare** Version des **maschinenverwertbaren** Qualitätsberichts (XML) vor, die von einer Softwarefirma automatisiert erstellt und in eine PDF-Fassung umgewandelt wurde. Das hat den Vorteil, dass sämtliche Daten aus der XML-Version des Qualitätsberichts nicht nur über Internetsuchmaschinen gesucht und ggf. gefunden, sondern auch als Fließtext eingesehen werden können. Die Referenzberichte des G-BA dienen jedoch nicht der chronologischen Lektüre von Qualitätsdaten oder dazu, sich umfassend über die Leistungen von Krankenhäusern zu informieren. Vielmehr können die Nutzerinnen und Nutzer mit den Referenzberichten des G-BA die Ergebnisse ihrer Suchanfrage in Suchmaschinen gezielt prüfen bzw. ergänzen.

Hinweis zu Textpassagen in blauer Schrift:

Der maschinenverwertbare Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus in einer Computersprache verfasst, die sich nur sehr bedingt zum flüssigen Lesen eignet. Daher wurden im vorliegenden Referenzbericht des G-BA Ergänzungen und Umstrukturierungen für eine bessere Orientierung und erhöhte Lesbarkeit vorgenommen. Alle Passagen, die nicht im originären XML-Qualitätsbericht des Krankenhauses oder nicht direkt in den G-BA-Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser enthalten sind, wurden – wie hier – durch blaue Schriftfarbe gekennzeichnet.

Das blaue Minuszeichen „-“ bedeutet, dass an dieser Stelle im XML-Qualitätsbericht keine Angaben gemacht wurden. So kann es beispielsweise Fälle geben, in denen Angaben nicht sinnvoll sind, weil ein bestimmter Berichtsteil nicht auf das Krankenhaus zutrifft. Zudem kann es Fälle geben, in denen das Krankenhaus freiwillig ergänzende Angaben zu einem Thema machen kann, diese Möglichkeit aber nicht genutzt hat. Es kann aber auch Fälle geben, in denen Pflichtangaben fehlen.

Diese und weitere Verständnisfragen zu den Angaben im Referenzbericht lassen sich häufig durch einen Blick in die Ausfüllhinweise des G-BA in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser klären (www.g-ba.de).

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	15
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	19
A-9	Anzahl der Betten	23
A-10	Gesamtfallzahlen	23
A-11	Personal des Krankenhauses	23
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	32
A-13	Besondere apparative Ausstattung	50
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	50
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	51
B-1	Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	51
B-2	Department für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde - Universitätspoliklinik für Kieferorthopädie	63
B-3	Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - Universitätspoliklinik für Zahnärztliche Prothetik	68
B-4	Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie	73
B-5	Institut für Medizinische Immunologie	79
B-6	Institut für Humangenetik	83
B-7	Institut für Medizinische Mikrobiologie	88
B-8	Institut für Pathologie	92
B-9	Institut für Rechtsmedizin	97
B-10	Zentrum für Arbeitsmedizin der Universitätsmedizin Halle (Saale) - Bereich Arbeitsmedizin	101
C	Qualitätssicherung	106
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	106
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	165
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	165



C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	165
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	167
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr 2 SGB V	167
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr 1 SGB V	168
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	169
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	170
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	180
-	Diagnosen zu B-1.6	181
-	Prozeduren zu B-1.7	184
-	Diagnosen zu B-2.6	185
-	Prozeduren zu B-2.7	185
-	Diagnosen zu B-3.6	185
-	Prozeduren zu B-3.7	185
-	Diagnosen zu B-4.6	185
-	Prozeduren zu B-4.7	185
-	Diagnosen zu B-5.6	185
-	Prozeduren zu B-5.7	185
-	Diagnosen zu B-6.6	185
-	Prozeduren zu B-6.7	185
-	Diagnosen zu B-7.6	186
-	Prozeduren zu B-7.7	186
-	Diagnosen zu B-8.6	186
-	Prozeduren zu B-8.7	186
-	Diagnosen zu B-9.6	186
-	Prozeduren zu B-9.7	186
-	Diagnosen zu B-10.6	186
-	Prozeduren zu B-10.7	186

- **Einleitung**

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27.März 2020 bzw. 21.April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Angaben zur verwendeten Software für die Erstellung des Berichtes

Hersteller: Saatmann GmbH
Produktname: GeDoWin Qualitätsbericht
Version: 2023.4

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Leiterin SG Qualitätssicherung
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Sabine Roquette
Telefon: 0345/557-2102
Fax: 0345/557-7096
E-Mail: qualitaetssicherung@uk-halle.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Leiterin SG Qualitätssicherung
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Sabine Roquette
Telefon: 0345/557-2102
Fax: 0345/557-7096
E-Mail: qualitaetssicherung@uk-halle.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.umh.de>
Link zu weiterführenden Informationen: <https://www.umh.de/einrichtungen/leitung-und-verwaltung/stabsstellen/presse-und-unternehmenskommunikation/leistungsspektrum/publikationen>

Link	Beschreibung
http://www.umh.de/krankenversorgung/stationär	Informationen zur stationären Aufnahme und Entlassung
http://www.umh.de/qm	Zentrales Qualitäts- und Risikomanagement

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Krankenhausname: Universitätsklinikum Halle (Saale)
Hausanschrift: Magdeburger Straße 20
06122 Halle (Saale)
Postanschrift: Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
Institutionskennzeichen: 261500702
URL: <http://www.umh.de>
Telefon: 0345/557-0
E-Mail: qualitaetsmanagement@uk-halle.de

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des Klinikumsvorstands
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Thomas Moesta
Telefon: 0345/557-4480
Fax: 0345/557-4484
E-Mail: adirektor@uk-halle.de

Pflegedienstleitung

Position: Direktorin des Pflegedienstes
Titel, Vorname, Name: Christiane Becker
Telefon: 0345/557-2382
Fax: 0345/557-2258
E-Mail: pdirektorin@uk-halle.de

Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Direktor bis 15.05.2022
Titel, Vorname, Name: Marco Bohn
Telefon: 0345/557-1029
Fax: 0345/557-1060
E-Mail: kdirektor@uk-halle.de

Position: Kaufmännischer Direktor ab 16.05.2022
Titel, Vorname, Name: Alexander Beblacz
Telefon: 0345/557-1029
Fax: 0345/557-1060
E-Mail: kdirektor@uk-halle.de

Standort dieses Berichts

Krankenhausname: Universitätsklinikum Halle (Saale) - Medizin-Campus Steintor
Hausanschrift: Magdeburger Straße 20
06112 Halle (Saale)
Postanschrift: Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
Institutionskennzeichen: 261500702
Standortnummer: 773515000
Standortnummer alt: 99
URL: <http://www.umh.de>

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des Klinikumsvorstands
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Thomas Moesta
Telefon: 0345/557-4480
Fax: 0345/557-4484
E-Mail: adirektor@uk-halle.de

Pflegedienstleitung

Position: Direktorin des Pflegedienstes
Titel, Vorname, Name: Christiane Becker
Telefon: 0345/557-2382
Fax: 0345/557-2258
E-Mail: pdirektorin@uk-halle.de

Verwaltungsleitung

Position: Kaufmännischer Direktor bis 15.05.2022
Titel, Vorname, Name: Marco Bohn
Telefon: 0345/557-1029
Fax: 0345/557-1060
E-Mail: kdirektor@uk-halle.de

Position: Kaufmännischer Direktor ab 16.05.2022
Titel, Vorname, Name: Alexander Beblacz
Telefon: 0345/557-1029
Fax: 0345/557-1060
E-Mail: kdirektor@uk-halle.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Land Sachsen-Anhalt, vertreten durch das Ministerium für Wissenschaft, Energie, Klimaschutz und Umwelt, Vorsitzender des Aufsichtsrates: Minister Prof. Dr. Armin Willingmann
Art: öffentlich



A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum: Ja

Lehrkrankenhaus: Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	Die Akupressur ist Teil im Rahmen des ärztlich-therapeutischen Therapieangebots der Tagesklinik.
MP02	Akupunktur	Die standardisierte Mikrosystem-Akupunktur (Ohrakupunktur) nach dem NADA-Protokoll zeigt positive Effekte in der Schmerzlinderung, Stressbewältigung u. als Begleittherapie i. d. Traumabehandlung. Diese Leistung wird ab Herbst 2022 in der Tagesklinik insbesondere für den Suchtmittelentzug angeboten.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	In der Informationsweiterleitung und Beratung fungieren die Pflegekräfte als wichtige Begleiter, Berater und Coaches in Bezug auf pflegfachliche Fragen der Angehörigen. Alle an der Behandlung beteiligten Professionen agieren hierbei im Einklang, um die psycho-soziale Unterstützung zu gewährleisten.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Atemgymnastik stellt u. a. eine wirksame Strategie zur Verhütung und Therapie von Pneumonien dar. Die Pflege führt Maßnahmen zur Prophylaxe durch, Atemtherapie wird mit speziellen Techniken von der Physiotherapie übernommen.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Der Sozialdienst ergänzt die ärztliche und pflegerische Behandlung durch gezielte Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Wiedererlangung der Selbständigkeit.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Psychiatrische Pflege hat wenig Berührungspunkte mit der Betreuung von Sterbenden. Im Bedarfsfall bzw. bei Notwendigkeit werden auf externe Angebote (Palliative Care, Liaisondienste) zurück gegriffen. Auf Wunsch informieren die Mitarbeiter:innen die Klinikseelsorge zur Trauerbegleitung.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	Im Rahmen des physiotherapeutischen Leistungsangebotes werden den Patient:innen separate Räumlichkeiten angeboten, um Wassergymnastik und Bewegungsbäder anzuwenden.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Körper und Seele stehen im Einklang. Die psychiatrische Behandlung kann durch spezifische physiotherapeutische Angebote gezielt ergänzt werden.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Für Diabetiker:innen bietet das Universitätsklinikum neben der Betreuung in der Diabetesambulanz auch strukturierte Schulungen im stationären Bereich an.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Das frühzeitige Erkennen möglicher Bedarfe über Diät- und Ernährungsberatungen obliegt der Krankenbeobachtung im täglichen pflegerischen Handeln. Individuelle Diät- und Ernährungsberatungen erfolgen nach ärztlicher Anordnung an qualifizierte Ernährungstherapeut:innen des UKH.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Das Pflegepersonal unterstützt die Patient:innen in der Erkennung von Hilfebedarfen sowie in der administrativen Vor- u. Nachbereitung. In festgelegten Stationskonzepten werden Entlassungsmodalitäten im multiprofess. Team besprochen, um einen regelhaften u. effizienten Entlassungsweg zu schaffen.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Im Rahmen einer ganzheitlichen psychiatrischen Behandlung werden ergotherapeutische Leistungen angeboten.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Behandlungsabläufe werden gemeinsam mit weiteren beteiligten Berufsgruppen durch die Bereichspflege bzw. gruppentherapeut. Pflege organisiert u. koordiniert. Sie helfen bei Unklarheiten, Wünschen u. Anfragen. Ziel der pfleg. Versorgung der Aufsuchenden Hilfe/PIA intensiv ist das Bezugspflegesystem.
MP21	Kinästhetik	Präventionsprogramm, rückengerechtes Arbeiten der Pflegenden und Therapeut:innen an den Patient:innen mit Hilfsmitteln in Form eines ergonomischen Patiententransfers. Allen Pflegenden werden Fortbildungskurse zum Thema Kinästhetik durch die Halle School of Health Care gGmbH angeboten.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Im Bedarfsfall kann ein pflegerisches Konsil der qualifizierten Stoma- und Kontinenzberatung des UKH angeboten werden.
MP26	Medizinische Fußpflege	Medizinische Kosmetik bieten wir für das gesamte Klinikum an. Bei Bedarf vermitteln die Pflegenden Kontakt zur hausinternen medizinischen Fußpflege.
MP27	Musiktherapie	Die aktive und rezeptive Teilhabe an musiktherapeutischen Angeboten mit Klang, Ton, Geräusch, Bewegung und Stimme wird durch qualifizierte Musiktherapeut:innen in der Klinik übernommen.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Physiotherapeutisches Leistungsangebot. Nähere Informationen hierzu unter: https://www.umh.de/einrichtungen/kliniken-und-departments/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/klinisches-leistungsspektrum

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Es werden zahlreiche Spezialsprechstunden für Patient:innen/Angehörige zu untersch. Krankheitsbildern durchgeführt. Weitere Informationen finden Sie unter https://www.umh.de/einrichtungen/kliniken-und-departments/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/patientinnen-und-patienten/ambulant
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Im Rahmen des Leistungsspektrums unserer Klinik werden psychoonkologische Beratungen, Gesprächstherapien, Verhaltenstherapien, Suchttherapien, Konzentrative Bewegungstherapien angeboten.
MP37	Schmerztherapie/-management	Die Linderung u. Reduzierung v. Schmerzen ist ein zentrales Element interdisziplinärer Zusammenarbeit am UKH. Um die gegenwärtigen Strategien qualitativ zu sichern, wird der nationale Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege umgesetzt. Eine pflegerische Schmerzberatung kann angeboten werden.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Psychiatrisch Pflegende beraten und informieren Patient:innen und Angehörige zu speziellen pflegfachlichen Schwerpunkten aus dem psychiatrischen Bereich. Sie agieren hierbei in enger multiprofessioneller Abstimmung.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Im Rahmen von Stationskonzepten profitieren unsere Patient:innen von verschiedenen pflegerischen Angeboten in Form von Progressiver Muskelrelaxation und Fantasiereisen. Die Aufqualifizierung der ersten Pflegenden nach dem NADA-Protokoll beginnt ab Juli 2022.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisten stehen fest auf allen Stationen im Therapieplan. Im Rahmen der Stationskonzepte werden pflegetherapeutische Gruppen angeboten.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Wärme- und Kälteanwendungen sind Bestandteile des physiotherapeutischen Leistungsangebots. Nähere Informationen hierzu unter: https://www.umh.de/einrichtungen/kliniken-und-departments/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/klinisches-leistungsspektrum
MP51	Wundmanagement	Die qualitätsgesicherte Versorgung von Wunden (z.B. Druckgeschwüre, Ulcus cruris) wird durch extra qualifizierte Pflegefachkräfte vor Ort gewährleistet. Dieses Konsil berät Patient:innen u. Mitarbeitende und passt individuell entsprechende Behandlungsstrategien in Absprache mit dem ärztl. Dienst an.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Angebote von Nachbetreuung, auch in Form von Selbsthilfegruppen u. deren Vermittlung, im multiprofessionellen Team. Weitere Infos finden Sie unter: https://www.umh.de/einrichtungen/kliniken-und-departments/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/patientinnen-und-patienten/ambulant
MP53	Aromapflege/-therapie	Die Aromapflege ist ein pflegetherapeutisches Angebot insbesondere auf der Station Reil. Stationsübergreifende Erweiterungen werden durch erworbene Zusatzqualifikationen der Pflegenden angedacht.
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Im Rahmen stationärer Aufenthalte finden Belastungserprobungen in Form von "Tagesausflügen" und/oder kurze therapeutische Erprobungen (KTE) statt. Ab Oktober 2020 erweitert sich das medizinisch-pflegerische Angebot der Psychiatrie mit der Eröffnung der Tagesklinik (MS 22).

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	In der Klinik f. Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychosomatik sowie in d. Psychiatr. Institutsambulanz finden kognitive Trainingsverfahren einschl. Hirnleistungstraining für stat. und teilstat. Patient:innen Anwendung. Im R.d. Gerontopsychiatrie gilt ein spez. Diagnostik- u. pfleg. Therapieangebot.
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst ergänzt die ärztl. u. pflegerische Behandlung durch gezielte Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Wiedererlangung d. Selbständigkeit bis hin zur Eingliederung in d. Erwerbsleben. Grundl. d. Versorgung ist d. gesetzl. Rahmenvertrag zum EM nach dem VStG sowie der nationale Expertenstandard.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit bieten wir Informationen auf verschiedenen Veranstaltungen an, wie bspw. in der Langen Nacht der Wissenschaft, auf Fachtagungen etc.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Der Sektor der ambulanten psychiatrischen Versorgung bietet eine Vielzahl an Leistungen: z.B. Angebote der teilstat. Versorgung (TK), zukünftig TK Sucht, Sektorenübergreifende Versorgung, Anbindung an die klinikinterne psychiatrische Institutionsambulanz (PIA) u. deren intensiv-Leistungsspektrum.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar

Besondere Ausstattung des Krankenhauses

NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		In der Psychiatrie ist WLAN in einigen Bereichen verfügbar. Fernseher sind in Aufenthaltsräumen vorhanden. Die Wertsachenverwahrung ist zentral möglich. Für Patient:innen und Besucher:innen ist eine großzügige Außenanlage nutzbar sowie eine gesicherte Gartenanlage auf den geschützten Stationen.
------	--	--	---

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		Der Wachschutz an der Pforte der Psychiatrie steht den Patient:innen als Erstkontakt und auch als Wegweiser zur Verfügung.
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	https://www.umh.de/einrichtungen/sonstige-einrichtungen/zentrale-einrichtungen/seelsorge	Das Seelsorge-Team bietet Besuche und Gespräche auf Station sowie Andachten und Gottesdienste an.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Es werden regelmäßig Informationsveranstaltungen angeboten.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Im Rahmen der ärztlichen und therapeutischen Versorgung wird die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen angeboten.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		Besondere Ernährungsgewohnheiten werden durch den Dienstleister zur Speisenversorgung berücksichtigt, z.B. vegetarisch, vegan, glutenfrei, muslimisch.

Patientenzimmer

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Auf jeder Station stehen Ein-Bett-Zimmer inklusive eigener Nasszelle zur Verfügung.
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		Auf der Depressionsstation gibt es zwei Mutter-Kind-Zimmer.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		

Patientenzimmer			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Auf jeder Station stehen überwiegend Zwei-Bett-Zimmer inklusive eigener Nasszellen zur Verfügung.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Position:	Team Ansprechpersonen für Menschen mit Beeinträchtigung
Titel, Vorname, Name:	Frau Martina Grusche / Ines Bomeier / Heike Mitsching
Telefon:	0345/557-3270
E-Mail:	unterstuetzung@uk-halle.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	Rollstuhlgerechte Toiletten und Duschräume sind in der Psychiatrie nur teilweise vorhanden.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	Die Aufzüge der Zahnpolikliniken sind rollstuhlgerecht bedienbar.
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher:innen sind in öffentlichen Bereichen in der Klinik für Psychiatrie wie auch in den Zahnpolikliniken vorhanden.
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Die Altbauten in der Psychiatrie sind nicht barrierefrei. Zwei Stationen sind ebenerdig barrierefrei. Das Haupthaus ist über eine Liftanlage barrierefrei zugänglich. Die Zahnpolikliniken sind barrierefrei über den Fahrstuhl erreichbar. Es existieren zwei Behindertenparkplätze direkt vor dem Eingang.

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Die Pforte der Psychiatrie (Julius-Kühn-Str.) ist nicht barrierefrei. Die Tagesklinik in der Magdeburger Straße ist barrierefrei über den Fahrstuhl erreichbar. Die Zahnpolikliniken sind barrierefrei über den Fahrstuhl erreichbar. Eine liegende Anfahrt ist im Zugangs- sowie Eingangsbereich möglich.
------	---	--

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Es stehen Betten für Patient:innen mit einem Gewicht bis 230 bzw. 360 kg zur Verfügung. Weiterhin können Zimmer mit Betten mit einer Verlängerung für übergroße Patient:innen ausgestattet werden.
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	In der Psychiatrie ist ein Rollstuhl/Pflegestuhl in Übergröße verortet.
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Nach medizinischer Indikation können z.B. Antithrombosestrümpfe, ggf. mit Anziehilfen für Kompressionsstrümpfe angeordnet werden. Pflegenden führen im Rahmen ihrer Pflegeplanung Risikoerhebungen durch und wenden prophylaktische Maßnahmen (z.B. zur Thrombosevermeidung) an.

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienste	Im Bedarfsfall kann auf direkten Kontakt oder Videodolmetscher (z.B. arabisch, bosnisch, kroatisch, serbisch, türkisch, rumänisch, russisch, kurdisch, somali, thailändisch, ungarisch, englisch, tunesisch u.v.m.) zurückgegriffen werden.

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	In Optimalfall ist fremdsprachiges Personal vorhanden (z.B. spanisch, portugiesisch, italienisch, russisch, polnisch, persisch, englisch). Im Zuge der Einarbeitung internationaler Pflegekräfte hat sich das multilinguale Verständnis unter den Berufsgruppen positiv aufgewertet.
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	fremdsprachliche Aufklärungsbögen, Merkblätter Hygiene
BF30	Mehrsprachige Internetseite	Die Homepage der Universitätsklinik Halle (Saale) ist in deutscher und englischer Sprache aufrufbar.

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF23	Allergenarme Zimmer	Es liegen keine allergenarmen Zimmer vor. Für Allergiker:innen steht spezielle Bettwäsche zur Verfügung.
BF24	Diätische Angebote	Das Ernährungsberatungsteam steht als kompetente Ansprechperson bei Problemen wie Übergewicht, Bluthochdruck oder Nahrungsmittelunverträglichkeit zur Verfügung.

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Beschriftung der Taster in Brailleschrift und erhabener Profilschrift.
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	Im Aufzug sind alle Universitätspolikliniken des Dep. für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde in einer gut lesbaren, großen und kontrastreichen Beschriftung ausgewiesen. In der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychosomatik sind im Aufzug Ebenen und dazugehörige Stationen ausgewiesen.

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF39	„Informationen zur Barrierefreiheit“ auf der Internetseite des Krankenhauses	https://www.umh.de/krankenversorgung/barrierefrei-vor-ort
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	Alle Patientenzimmer sowie die Sanitäranlagen und Behandlungszimmer sind auf den Stationen mit einer Rufanlage ausgestattet.

Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	Das Informationsmaterial und die Internetseite werden grundsätzlich in leichter verständlicher Sprache erstellt. Speechless Help an jedem Patient:innenbett.
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	Eine akustische Notrufklingelanlage ist am Standort der Psychiatrie vorhanden.
BF36	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten	Es existiert ein zentraler Wartesaal im DZMK.
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	Der Aufzug der Zahnpolikliniken bietet eine visuelle Anzeige.
BF38	Kommunikationshilfen	Im Patientenentertainment (Tablets) ist das Speechless System installiert. Es handelt sich hierbei um ein interaktives Sprachhilfe-Tool in verschiedenen Sprachen. Zudem können bei Bedarf auch 16" Tablets genutzt werden.

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

Nr.	Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Infektionszimmer werden durch leicht verständliche Aushänge hinsichtlich zu beachtender Maßnahmen gekennzeichnet.
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Auf der geschützten Station der Psychiatrie sind bauliche Gegebenheiten für Menschen mit Demenz vorhanden.



Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Unterstützung erfolgt durch Pflegekräfte der Klinik f. Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychosomatik. Themenspez. Fallbesprechungen, Fort- u. Weiterbildungsangebote werden gewährleistet u. eingefordert. Es besteht eine Kooperation mit dem IGPD durch eine speziell geschulte Pflegenden/Dementia Care Nurse.
------	---	--

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Wahrnehmung der Aufgaben als Universitätsklinikum gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU).
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Die Anzahl der Studierenden, die das PJ am UKH absolvieren ist auch im Berichtszeitraum konstant.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Im Jahr 2022 wurden in der Universitätsmedizin 147 Projekte im Drittmittelbereich gemeinsam mit Hochschulen im In- und Ausland bearbeitet.
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	siehe FL07
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	siehe FL07
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Im Jahr 2022 wurden in der Universitätsmedizin 391 klinische Studien im Drittmittelbereich bearbeitet. Darunter waren 6 IIT. Das sind eigeninitiierte klinische Studien, bei denen die Martin-Luther-Universität die Sponsorenschaft übernommen hat.
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Diverse Herausgeberschaften bedeutender Fachzeitschriften: u.a. „Breast Care“ (Prof. Thomssen), „Cell Communication and Signaling“ (Prof. Feller).

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL09	Doktorandenbetreuung	<ul style="list-style-type: none"> •formelle Betreuung u. Unterstützung durch SG Promotion •Forschungstag mit Doktorandentrack am 13.05.22 •Betreuung u. finanz. Förderung v. Doktoranden im Halleschen Promotionskolleg Medizin •Betreuung v. Doktoranden in Graduiertenkollegs GRK 2155 „ProMoAge“, GRK 2751 „InCuPANC“ und GRK 2467 „IDP“

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Eingestellte, dreijährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Abschluss mit staatlicher Prüfung, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung. Aktuell bestehen auslaufende Jahrgänge mit dem letzten Ausbildungsbeginn 2019.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	Eingestellte, dreijährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Abschluss mit staatlicher Prüfung, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung. Aktuell bestehen auslaufende Jahrgänge mit dem letzten Ausbildungsbeginn 2019.
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Dreijährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Abschluss mit staatlicher Prüfung als Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung.
HB05	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	Dreijährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Abschluss mit staatlicher Prüfung, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung.
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	Dreijährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung.

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB09	Logopädin und Logopäde	Dreijährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Abschluss mit staatlicher Prüfung, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung.
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	Dualer Studiengang UKH mit medizinischer Fakultät/ Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Mit Ausbildungsvergütung.
HB12	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	Dreijährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Abschluss mit staatlicher Prüfung, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung.
HB13	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	Ab 2023 angebotene dreijährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Abschluss mit staatlicher Prüfung, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung.
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	Dreijährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung. Ab 2023 Kenntnisprüfungen für Personen aus Drittstaaten.
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Einjährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Abschluss mit staatlicher Prüfung, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung. Aufqualifizierungsmaßnahme KPH für Personen, welche als ungelernete Pflegehelfer:innen tätig sind.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Einjährige Vollzeitausbildung in Theorie und Praxis, Abschluss mit staatlicher Prüfung, Auszubildende erhalten eine Ausbildungsvergütung.
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	Institut f. Gesundheits- und Pflegewissenschaft (MLU), Studiengang Evidenzbasierte Pflege (B.Sc.) vereint akad. Abschluss mit Berufsabschluss Pflegefachmann/-frau, 8 Semester Regelstudienzeit, Direktstudium u. ausbildungsintegriertes Vollzeitstudium, Planung praktischer Einsätze erfolgt über d. AZfG

A-9 Anzahl der Betten

Betten: 105

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 1265
 Teilstationäre Fallzahl: 134
 Ambulante Fallzahl: 13963
 Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB): 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	79,47	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	79,18	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,29	
Personal in der ambulanten Versorgung	24,50	
Personal in der stationären Versorgung	54,97	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	27,30	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,01	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,29	
Personal in der ambulanten Versorgung	4,27	
Personal in der stationären Versorgung	23,03	



Belegärztinnen und Belegärzte

Anzahl

0

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl (gesamt)

66,31

Personal mit direktem
Beschäftigungsverhältnis

66,31

Personal ohne direktes
Beschäftigungsverhältnis

0,00

Personal in der ambulanten Versorgung

11,53

Personal in der stationären Versorgung

54,78

maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit

40,00

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)

0,00

Personal mit direktem
Beschäftigungsverhältnis

0,00

Personal ohne direktes
Beschäftigungsverhältnis

0,00

Personal in der ambulanten Versorgung

0,00

Personal in der stationären Versorgung

0,00

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl (gesamt)

7,09

Personal mit direktem
Beschäftigungsverhältnis

7,09

Personal ohne direktes
Beschäftigungsverhältnis

0,00

Personal in der ambulanten Versorgung

0,00

Personal in der stationären Versorgung

7,09

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl (gesamt)	6,93	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,93	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	6,93	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Pflegefachfrauen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)		
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
Personal in der ambulanten Versorgung		
Personal in der stationären Versorgung		

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl (gesamt)	5,08	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,08	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	5,08	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl (gesamt)	2,99	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,99	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	2,88	
Personal in der stationären Versorgung	0,11	

Medizinische Fachangestellte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl (gesamt)	11,60	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,60	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	7,60	
Personal in der stationären Versorgung	4,00	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl (gesamt)	3,08	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,08	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,64	
Personal in der stationären Versorgung	1,44	

Ergotherapeuten

Anzahl (gesamt)	9,40	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,40	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,80	
Personal in der stationären Versorgung	7,60	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Anzahl (gesamt)	5,60	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,60	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,00	
Personal in der stationären Versorgung	4,60	

A-11.4 **Spezielles therapeutisches Personal**

SPO5 Ergotherapeutin und Ergotherapeut		
Anzahl (gesamt)	4,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	4,80	
SPO6 Erzieherin und Erzieher		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,00	
SP16 Musiktherapeutin und Musiktherapeut		
Anzahl (gesamt)	3,40	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,40	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,40	
SP20 Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer		
Anzahl (gesamt)	1,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,88	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,88	

SP21 Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl (gesamt)	2,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,00	

SP23 Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl (gesamt)	13,24	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,24	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	2,44	
Personal in der stationären Versorgung	10,80	

SP24 Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl (gesamt)	1,44	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,44	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,44	

SP25 Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl (gesamt)	3,68	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,68	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,68	

SP27 Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl (gesamt)	0,80	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,80	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,80	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	

SP28 Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl (gesamt)	3,40	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,40	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,45	
Personal in der stationären Versorgung	1,95	

SP42 Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,00	

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

Anzahl (gesamt)	1,70	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,70	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,70	

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

Anzahl (gesamt)	53,12	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	53,12	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,07	
Personal in der stationären Versorgung	53,05	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Position: Stabsstellenleitung Zentrales Qualitäts- und Risikomanagement
 Titel, Vorname, Name: Katharina Wullenk
 Telefon: 0345/557-3148
 Fax: 0345/557-7096
 E-Mail: qualitaetsmanagement@uk-halle.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche: Arbeitskreis Qualitäts- und Risikomanagement: Klinikumsvorstand, Zentrales Qualitäts- und Risikomanagement, Personalrat;
 zusätzlich anlassbezogen: Zentrales Projekt- und Prozessmanagement, Presse und Unternehmenskommunikation, Compliancebeauftragter
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person Risikomanagement

Position: Stabsstellenleitung Zentrales Qualitäts- und Risikomanagement
 Titel, Vorname, Name: Katharina Wullenk
 Telefon: 0345/557-3148
 Fax: 0345/557-7096
 E-Mail: qualitaetsmanagement@uk-halle.de



A-12.2.2 Lenkungsgremium Risikomanagement

Lenkungsgremium eingerichtet:	Ja
Beteiligte Abteilungen Funktionsbereiche:	Risikoteam: StS Zentrales Qualitäts- u. Risikomanagement, Geschäftsbereich III Finanzen; Zentraler Dienst 01 Information u. Kommunikation, Ärztliche Direktion; Pflegedirektion; Zentraler Dienst 14 Technik; Kaufmännische Direktion; Compliancebeauftragter; StS Sicherheit, Gesundheit- u. Umweltschutz
Tagungsfrequenz:	wöchentlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikomanagementhandbuch vom 01.12.2022
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Alarmierung bei lebensbedrohlicher Notfallsituation (internes Reanimationsteam für alle Bereiche) vom 01.12.2020
RM05	Schmerzmanagement	z.B. SOP Anforderung Konsiliardienst Schmerzmedizin für stationäre Patienten vom 11.05.2020
RM06	Sturzprophylaxe	SOP Pflegestandard Sturzprophylaxe Erwachsenenpflege (aktuell in Überarbeitung) vom 16.10.2018
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	z.B. SOP Dekubitusprophylaxe vom 09.08.2021
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	SOP Freiheitseinschränkende Maßnahmen/Fixierungsmaßnahmen (aktuell in Überarbeitung) vom 09.06.2017
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	VA Medizinprodukte: Einweisungen in Medizinprodukte und Dokumentation vom 15.12.2022
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	OP-Ordnung u.a. mit Sicherheitscheckliste & präoperativer Checkliste (aktuell in Überarbeitung) vom 29.07.2019
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Flowchart_Kernprozess_Praoperative_anästhesiologische_Evaluation vom 09.09.2020

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	SOP Patientenidentifikationsarmband SOP Seitenmarkierung (aktuell in Überarbeitung) vom 16.02.2017
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Belegungsstatut ITS/IMC vom 01.06.2022
RM18	Entlassungsmanagement	VA Entlassmanagement: Entlassprozess am UKH vom 01.07.2023

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: monatlich
 Maßnahmen: diverse Checklisten, Prozessregelungen, bauliche Veränderungen und Anpassungen, Erweiterung von Ausstattung/Inventar

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	letzte Aktualisierung / Tagungsfrequenz
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	01.02.2022
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nutzung von einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen: Ja
 Tagungsfrequenz: wöchentlich

Nr.	Erläuterung
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)
EF14	CIRS Health Care

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission eingerichtet: Ja
 Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzender:

Position: Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des Klinikumsvorstands
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. Thomas Moesta
 Telefon: 0345/557-4480
 Fax: 0345/557-4484
 E-Mail: adirektor@uk-halle.de

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	2	1 Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, 1 Facharzt für Mikrobiologie, ZB Krankenhaushygiene 2 Ärzte in Weiterbildung. 2 Fachärzte ist für beide Standorte des UKH zuständig.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	7	
Hygienefachkräfte (HFK)	1	Zusätzlich gibt es 1 Hygienefachkraft in Fachweiterbildung, 2 Mitarbeitende in Vorbereitung auf die Fachweiterbildung sowie 2 Hygieneinspektoren.
Hygienebeauftragte in der Pflege	3	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Hygienestandard ZVK	
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion	ja
Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen	
sterile Handschuhe	ja
steriler Kittel	ja
Kopfhaube	ja
Mund Nasen Schutz	ja
steriles Abdecktuch	ja
Venenverweilkatheter	
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 Antibiotikaphylaxe Antibiotikatherapie

Antibiotikatherapie	
Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst:	ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor	Ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft	ja
Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standard Wundversorgung Verbandwechsel	
Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor	Ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittel-kommission oder die Hygienekommission autorisiert	ja
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	ja
Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

A-12.3.2.4 Umsetzung der Händedesinfektion

Händedesinfektion (ml/Patiententag)	
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen	nein
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	Es wurde kein Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen erhoben.
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	Der Standort besitzt keine Intensivstation, wodurch eine Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen nicht möglich ist.

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

MRE	
Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	teilweise
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten	ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS STATIONS-KISS SARI	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Aktives Mitglied im Netzwerk Hygiene in Sachsen-Anhalt HYSA	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Diese erfolgt entsprechend der DIN EN ISO 15883. Es handelt sich hierbei um eine Norm für Reinigungs- und Desinfektionsgeräte. Sie verdeutlicht und beschreibt die Geräteanforderungen und die Validierung der Abläufe für die Aufbereitung.
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Anlassbezogen sowie Pflichtfortbildungen über die Halle School of Health Care gGmbH; enge Zusammenarbeit mit den Hygienebeauftragten der Pflege und den Hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten

A-12.4 **Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja	Die Patient:innen erhalten bei stat. Aufnahme durch die administrative Pat.-aufnahme den Fragebogen (FB) zur Pat.-zufriedenheit ausgehändigt. In der tageskl. Pat.-versorgung sowie i. d. Funktionsabteilungen ist der FB ausgelegt. Zusätzlich stehen digitale Bögen in der Ambulanz und auf der Station zur Verfügung. Das zentrale Beschwerdewesen nimmt Lob/Beschwerden schriftl., telef., per Email oder pers. entgegen.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja	Das Beschwerdemanagement ist in der Stabsstelle Zentrales Qualitäts- und Risikomanagement organisiert. Der genaue Verfahrensweg sowie Verantwortlichkeiten und Fristen sind in der VA Patientenzufriedenheit und Beschwerden geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja	Für die Dokumentation mündlicher Beschwerden wird das Formular Beschwerdeprotokoll verwendet. Der genaue Verfahrensweg sowie Verantwortlichkeiten und Fristen sind in der VA Patientenzufriedenheit und Beschwerden geregelt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja	Die Beschwerden werden erfasst, bearbeitet und ausgewertet. Abschließend wird die/der Beschwerdeführer:in persönlich in einem Auswertungsgespräch oder schriftlich darüber informiert.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja	Die/der Beschwerdeführer:in erhält umgehend eine schriftliche Eingangsbestätigung. In der Regel erhält die/der Beschwerdeführer:in spätestens nach 2 Wochen ein abschließendes Antwortschreiben. Bei zeitlichen Verzögerungen wird der/dem Beschwerdeführenden ein Zwischenbescheid über den Bearbeitungsstand zugesandt.
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja	Der digitale und papiergebundene Patientenfragebogen wird in der Regel anonym ausgefüllt. Die Freitexte darin werden als Hinweise im Rahmen der quartalsweisen Auswertung und Berichterstattung bearbeitet und an die Einrichtungsleiter und Führungskräfte verschickt.

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus werden Patientenbefragungen durchgeführt	ja	Das UKH führt eine kontinuierliche Befragung zur Patientenzufriedenheit durch. Die digitale und papierbasierte, strukturierte, EDV-lesbare Befragung sowie die digitale Befragung in den Ambulanzen werden kontinuierlich ausgewertet und quartalsweise kommuniziert. Mit der Teilnahme geben uns unsere Patient:innen die Chance, eventuelle Schwachstellen zu erkennen und in einem kontinuierlichem Verbesserungsprozess zu minimieren oder zu beseitigen.
Im Krankenhaus werden Einweiserbefragungen durchgeführt	ja	Einweiserbefragungen werden in nahezu allen Kliniken durchgeführt.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position: Mitarbeitende StS Zentrales Qualitäts- und Risikomanagement
 Titel, Vorname, Name: Susanne Gerhardt
 Telefon: 0345/557-7115
 Fax: 0345/557-7069
 E-Mail: patientenzufriedenheit@uk-halle.de

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: – (vgl. Hinweis im Vorwort)
 Kommentar: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: emeritierter C4-Professor
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Friedrich Röpke
 Telefon: 0345/557-5510
 E-Mail: Patientenfuersprecher@uk-halle.de

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Im UKH sind insgesamt vier Patientenfürsprecher*innen tätig, die einmal in der Woche eine Sprechstunde abhalten. Sprechstunde ist jeden 1. und 3. Dienstag im Monat zwischen 15:00 bis 16:30 Uhr sowie jeden 2. und 4. Mittwoch im Monat zwischen 10:00 bis 11:30 Uhr.

Zusatzinformationen für anonyme Eingabemöglichkeiten

Link zur Internetseite: <https://www.umh.de/krankenversorgung/qualitaet/ihre-meinung-ist-uns-wichtig>

Zusatzinformationen für Patientenbefragungen

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

Zusatzinformationen für Einweiserbefragungen

Link zur Internetseite: – (vgl. Hinweis im Vorwort)

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 AMTS

Das zentrale Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht, ist die Arzneimittelkommission.

A-12.5.2 Verantwortliche Person AMTS

Die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit ist eine eigenständige Position.

Position:	Leitung Universitätsapotheke
Titel, Vorname, Name:	Dr. Ralf Harnisch
Telefon:	0345/557-2275
Fax:	0345/557-3360
E-Mail:	apotheke@uk-halle.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker: 10

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal: 16

Erläuterungen: nur die Mitarbeitenden in der Universitätsapotheke

A-12.5.4 Instrumente Maßnahmen AMTS

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese),

der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

- Entlassung

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

Allgemeines

ASo1 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Allgemeines

ASo2 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

Aufnahme ins Krankenhaus

ASo4 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo7 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

Medikationsprozess im Krankenhaus

ASo8 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS09 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

kritische Arzneimittel werden in der Apotheke unter GMP-Bedingungen gem. ApBetrO zubereitet

Zytostatika, TPN für Kinder: Zubereitung in der Apotheke durch pharmazeutisches Personal unter GMP-Bedingungen

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

elektronische Bestellung aller Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen durch die Stationen möglich. Für Zubereitungen sind entsprechende Verordnungsunterstützungen durch die Apotheker angelegt, damit Dosierungen/Konzentrationen korrekt angefordert werden können.

Für Zubereitungen sind entsprechende Verordnungsunterstützungen durch die Apotheker angelegt, damit Dosierungen/Konzentrationen korrekt angefordert werden können.

(Zenzy Arztmodul, CATO TPN)

MMI Pharmindex zur Prüfung der Medikation auf Arzneimittel-Wechselwirkungen

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

Medikationsprozess im Krankenhaus

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

Fallbesprechungen

Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung

Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Zenzy Arztmodul, CATO TPN; Apotheke vermeidet wenn möglich die Bereitstellung v. Sound-alike- und Look-alike-Präparaten; Durchführung pharmaz. Visiten u. infektiologischer Visiten (antibiotic-stewardship); Therapeutisches drug-monitoring für Immunsuppressiva, hauseigener Antibiotika-Therapie-Leitfaden

Entlassung

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs

Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen

Aushändigung des Medikationsplans

bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

Ausstellung von Entlassrezepten oder die Mitgabe von Medikamenten bei Entlassung unmittelbar vor Wochenenden und Feiertagen möglich

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Kommentar: Gründung einer Expertengruppe zur kontinuierlichen Bearbeitung des Themenfeldes. Maßnahmen zum Kinderschutz vorhanden.

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

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

Versorgung Kinder Jugendliche

Schlüssel-Nr.	Beschreibung	Kommentar	Datum der letzten Überprüfung
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik	Das Kinderschutzteam des UKH, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, koordiniert und informiert hausintern und im Netzwerk extern zu Regelungen im Kinderschutz. Die Kinderschutzambulanz informiert im Internet über Angebote und Ansprechpersonen.	
SK02	Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen	Mindestens 4 Fortbildungen werden jährlich zum Thema Kinderschutz intern den Beschäftigten der Kinderstationen angeboten. Die Themen sind: Kindeswohlgefährdung – gesetzliche Vorgaben; Blauer Fleck – was nun? Kindeswohl-gefährdung?; Professioneller Umgang mit Kind und Eltern bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und Was passiert bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach der Entlassung?.	
SK03	Aufklärung	Das Kinderschutzteam trifft sich quartalsweise und Anlassbezogen. Es informiert sowie sensibilisiert regelmäßig die Teams über Neuigkeiten im Kinderschutz, veränderte Prozesse, Strukturen etc. im UKH.	
SK05	Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten	Ein zentrales Beschwerdemanagement und die Patientenfürsprecher stehen allen Patient:innen/Angehörigen zur Verfügung.	
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	Alle Beschäftigten der Kinderstationen sowie einzelne Berufsgruppen, die engen Kontakt zu Minderjährigen herstellen können, müssen ein e-Führungszeugnis vorlegen.	
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	Bereits im Verdachtsfall wird das Kinderschutzteam des UKHs informiert und ein interdisziplinäres Treffen der Mitglieder einberufen.	06.10.2022

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	ja	2 Geräte Julius-Kühn-Str. 7
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	keine_Angabe_ erforderlich	zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion; 1 Geräte Prof.-Friedrich-Hoffmann-Str. 1

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

Keine Teilnahme an einer Notfallstufe.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

A-14.4 Kooperation mit Kassenaerztlicher Vereinigung

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

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

B-1 Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik"

Fachabteilungsschlüssel: 2900
3100

Art: Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Komm. Direktor
Titel, Vorname, Name: Ltd. OA Dr. med. Stephan Röttig
Telefon: 0345/557-3612
Fax: 0345/557-3500
E-Mail: psychiatrie@uk-halle.de
Anschrift: Julius-Kühn-Str. 7
06112 Halle (Saale)
URL: <https://www.umh.de/>

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
-----	--------------------------------	-----------

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
VP00	Gedächtnissprechstunde	Die Gedächtnissprechstunde widmet sich der Früherkennung von Demenzen sowie der Differentialdiagnostik kognitiver Störungen. Zur Verfügung stehen u.a. neuropsychologische Untersuchungsverfahren, Labor- und Liquordiagnostik, EEG sowie Bildgebung (MRT, CT und ggf. PET).
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Neben der Akutbehandlung im ganzen Spektrum substanzbezogener psychischer Störungen führen wir die Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen durch. Wir kooperieren dabei mit Einrichtungen der Suchthilfe.
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Wir behandeln mit einem umfassenden Therapieansatz, der Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie einschließt. Es gibt spezifische Gruppenangebote, Psychoedukation sowie eine sozialpsychiatrisch orientierte Station mit Schwerpunkt Psychosen und bipolare Störungen.
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Die Behandlung erfolgt vorwiegend auf unserer Spezialstation für depressive Störungen mit integrierter Tagesklinik. Der multimodale Therapieansatz umfasst u.a. Psychoedukation, Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie medikamentöse und nicht-medikamentöse Verfahren (z.B. Licht- und Chronotherapie).
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Angststörungen werden schwerpunktmäßig auf unserer für Angst- und depressive Störungen spezialisierten Station behandelt, Belastungs- und somatoforme Störungen auf unserer psychosomatisch-psychotherapeutischen Station.

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik		
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Kliniken am Universitätsklinikum sind alle modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der somatischen Medizin vorhanden.
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Wir verfügen sowohl über die Möglichkeit zur Krisenintervention auf unseren Akutstationen als auch zur weiterführenden Diagnostik und Psychotherapie auf unserer Spezialstation mit psychosomatischem und psychotherapeutischem Schwerpunkt.
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Störungen der Intelligenz werden klinisch, testpsychologisch und organmedizinisch abgeklärt und in der Therapie berücksichtigt.
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	Entwicklungsstörungen werden, soweit sie bei unseren erwachsenen Patient:innen eine Rolle spielen, klinisch, testpsychologisch und organmedizinisch abgeklärt und in der Therapie berücksichtigt.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Auf unserer Spezialstation für gerontopsychiatrische Erkrankungen werden affektive, psychotische und hirnorganische Erkrankungen des höheren Lebensalters behandelt. An die Station ist eine Gedächtnissprechstunde angebunden.
VP12	Spezialsprechstunde	Spezialamb. f. bipolare Störungen, Gynäkopsychiatrie u. Gerontopsychiatrie, Schlafamb., Gedächtnissprechstunde, Traumaambulanz sowie interkult. Sprechstunde. Die Psych. Institutsamb. behandelt Patient:innen, die wg. Art o. Schwere ihrer Erkrankung ein multiprofessionelles Therapieangebot benötigen.
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	Die psychiatrische Tagesklinik arbeitet eng verzahnt mit unseren spezialisierten psychiatrischen Stationen, um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten.

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

VP16	Psychosomatische Tagesklinik	Die psychosomatische Tagesklinik arbeitet in enger Verzahnung mit unserer psychosomatisch-psychotherapeutischen Station, um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten.
------	------------------------------	--

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1265

Teilstationäre Fallzahl: 134

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ambulanzart:	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V(AM01)
Kommentar:	Es gibt Spezialambulanzen für bipolare Störungen, Gynäkopsychiatrie und Gerontopsychiatrie, eine Schlafambulanz, eine Gedächtnissprechstunde, eine Traumaambulanz sowie eine interkulturelle Sprechstunde.

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebote Leistung:	Spezialsprechstunde (VP12)

Psychiatrische Institutsambulanz	
Ambulanzart:	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V(AM02)
Kommentar:	Unsere Psychiatrische Institutsamb. behandelt Patienten*innen, die wegen der Art oder Schwere ihrer psychischen Erkrankungen ein multiprofessionelles ambulantes Therapieangebot benötigen. Neben dem Behandlungsangebot in der Poliklinik findet auch nachgehende Hilfe in der häuslichen Umgebung statt.
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (VP09)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Psychiatrische Institutsambulanz	
Ambulanzart:	Privatambulanz(AM07)
Kommentar:	Unsere Psychiatrische Institutsamb. behandelt Patient*innen, die wegen der Art oder Schwere ihrer psychischen Erkrankungen ein multiprofessionelles ambulantes Therapieangebot benötigen. Neben dem Behandlungsangebot in der Poliklinik findet auch nachgehende Hilfe in der häuslichen Umgebung statt.
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01)

Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	
Ambulanzart:	Privatambulanz(AM07)
Kommentar:	Entwicklungsstörungen werden, soweit sie bei unseren erwachsenen Patient*innen eine Rolle spielen, klinisch, testpsychologisch und organmedizinisch abgeklärt und in der Therapie berücksichtigt.
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (VP02)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen (VP07)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen (VP08)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10)
Angebote Leistung:	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (VP11)
Angebote Leistung:	Spezialsprechstunde (VP12)
Notfallambulanz	
Ambulanzart:	Notfallambulanz (24h)(AM08)
Kommentar:	
Vor- und nachstationäre Leistungen	
Ambulanzart:	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V(AM11)
Kommentar:	Wenn es der Abkürzung des Krankenhausaufenthaltes dient, können einzelne Untersuchungen und Maßnahmen vor- oder nachstationär erfolgen.
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik	
Angebote Leistung:	Sonstige im Bereich Psychiatrie (VP00)

Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung

Ambulanzart:	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V(AM12)
Kommentar:	Es liegt eine rahmenvertragliche Vereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen zur schnellen Hilfe bei Depression-, Angst- und Belastungsstörungen vor.

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik

Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen (VP03)
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (VP04)
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (VP05)
Angeborene Leistung:	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (VP06)
Angeborene Leistung:	Psychiatrische Tagesklinik (VP15)
Angeborene Leistung:	Psychosomatische Tagesklinik (VP16)

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu
 Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	27,11	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,82	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,29	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,24	
Personal in der stationären Versorgung	25,87	

Fälle je Vollkraft	48,89834	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	7,48	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,19	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,29	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,06	
Personal in der stationären Versorgung	6,42	
Fälle je Vollkraft	197,04050	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF62	Krankenhaushygiene	
ZF73	Psychotherapie	

B-1.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	62,82	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	62,82	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	8,04	
Personal in der stationären Versorgung	54,78	
Fälle je Anzahl	23,09237	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	7,09	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,09	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	7,09	
Fälle je Anzahl	178,42031	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger		
Anzahl (gesamt)	6,93	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,93	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	6,93	
Fälle je Anzahl	182,53968	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl (gesamt)	5,08	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,08	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	5,08	
Fälle je Anzahl	249,01575	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl (gesamt)	0,76	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,76	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,65	
Personal in der stationären Versorgung	0,11	
Fälle je Anzahl	11500,00000	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ01	Bachelor	
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ06	Master	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP24	Deeskalationstraining	
ZP25	Gerontopsychiatrie	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		
Anzahl (gesamt)	11,60	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,60	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	7,60	
Personal in der stationären Versorgung	4,00	
Fälle je Anzahl	316,25000	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	3,08	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,08	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,64	
Personal in der stationären Versorgung	1,44	
Fälle je Anzahl	878,47222	



Ergotherapeuten		
Anzahl (gesamt)	9,40	inklusive Musiktherapeuten/innen
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,40	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,80	
Personal in der stationären Versorgung	7,60	
Fälle je Anzahl	166,44737	

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen		
Anzahl (gesamt)	5,60	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,60	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,00	
Personal in der stationären Versorgung	4,60	
Fälle je Anzahl	275,00000	

B-2 Department für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde - Universitätspoliklinik für Kieferorthopädie

B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Department für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde - Universitätspoliklinik für Kieferorthopädie"

Fachabteilungsschlüssel: 3700 Department für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde -
Universitätspoliklinik für Kieferorthopädie

Art: Department für Zahn-,
Mund-, und
Kieferheilkunde -
Universitätspoliklinik für
Kieferorthopädie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Direktor

Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. Dr. Robert Fuhrmann

Telefon: 0345/557-3738

Fax: 0345/557-3767

E-Mail: kfo@uk-halle.de

Anschrift: Magdeburger Straße 16
06112 Halle (Saale)

URL: <https://www.umh.de/>

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VX00	gesamtes Spektrum der kieferorthopädischen Behandlungsmöglichkeiten	kieferorthopädische Frühbehandlung; kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung; kieferorthopädische-kieferchirurgische Kombinationsbehandlung; ästhetische Behandlung; medizinische Versorgung von Patient:innen mit Kiefer-Gaumen-Spalten

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

VX00	Kieferorthopädische Behandlung	z.B.- mit herausnehmbaren und festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen; Frühbehandlungen im Milchgebiss; multidisziplinäre Gebissrehabilitation nach Trauma/Tumorresektion
VX00	Kephalometrie	Kopfvermessungskunde: computergestützte Wachstumsanalyse; Gesichtsschädelaufbau

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hochschulambulanz der Kieferorthopädie

Ambulanzart: Hochschulambulanz nach § 117 SGB V(AM01)

Kommentar:

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Angebote Leistung: Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung

Ambulanzart: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)(AM04)

Kommentar:

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Angebote Leistung: Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)

Privatambulanz der Kieferorthopädie

Ambulanzart: Privatambulanz(AM07)

Kommentar:

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Angeborene Leistung: Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien (VZ06)

B-2.9 **Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)**

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-2.10 **Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-2.11 **Personelle Ausstattung**

B-2.11.1 **Ärztinnen und Ärzte**

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	3,50	Es handelt sich hier um Zahnärzte.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,50	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	3,50	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Vollkraft		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Vollkraft		

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ65	Kieferorthopädie	
AQ74		

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-2.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-2.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-3 Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - Universitätspoliklinik für Zahnärztliche Prothetik

B-3.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - Universitätspoliklinik für Zahnärztliche Prothetik"

Fachabteilungsschlüssel: 3700 Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde -
Universitätspoliklinik für Zahnärztliche Prothetik

Art: Department für Zahn-,
Mund- und
Kieferheilkunde -
Universitätspoliklinik für
Zahnärztliche Prothetik

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: komm. Direktor bis 31.03.2022

Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. dent. Hans-Günter Schaller

Telefon: 0345/557-3762

Fax: 0345/557-3773

E-Mail: prothetik@uk-halle.de

Anschrift: Magdeburger Straße 20
06112 Halle (Saale)

URL: <https://www.umh.de/>

Position: komm. Leitung ab 01.04.2022 bis 30.09.2022

Titel, Vorname, Name: PD Dr. Ramona Schweyen

Telefon: 0345/557-3777

Fax: 0345/557-3779

E-Mail: prothetik@uk-halle.de

Anschrift: Magdeburger Str. 20
06112 Halle (Saale)

URL: <https://www.umh.de/>

Position: Geschäftsführender Direktor Department/Direktor Zahnärztliche Prothetik ab
01.10.2022

Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Jeremias Hey

Telefon: 0345/557-3777

Fax: 0345/557-3779

E-Mail: prothetik@uk-halle.de

Anschrift: Magdeburger Str. 16
06112 Halle (Saale)

URL: <https://www.umh.de/>

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ11	Endodontie	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	Stabilisierungsschienen

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hochschulambulanz der zahnärztlichen Prothetik

Ambulanzart: Hochschulambulanz nach § 117 SGB V(AM01)

Kommentar:

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Angeborene Leistung: Kassenärztliche Zulassung für sämtliche Behandlungstechniken der Zahnärztlichen Prothetik (BEMA) (VZ00)

Angeborene Leistung: Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)

Angeborene Leistung: Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)

Angeborene Leistung: Dentale Implantologie (VZ03)

Angeborene Leistung: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)

Angeborene Leistung: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)

Angeborene Leistung: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)

Angeborene Leistung: Endodontie (VZ11)

Angeborene Leistung: Epithetik (VZ12)

Angeborene Leistung: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks (VZ16)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	7,54	Es handelt sich hier um Zahnärzte.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,54	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	7,54	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Vollkraft		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Vollkraft		

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ74		

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



B-3.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



**B-4 Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde -
Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie**

**B-4.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Department für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde -
Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie"**

Fachabteilungsschlüssel: 3700 Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde -
Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie

Art: Department für Zahn-,
Mund- und
Kieferheilkunde -
Universitätspoliklinik für
Zahnerhaltungskunde
und
Parodontologie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Geschäftsführender Direktor Department / Direktor Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie bis 30.09.2022

Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. dent. Hans-Günter Schaller

Telefon: 0345/557-3762

Fax: 0345/557-3773

E-Mail: zahnerhaltungskunde@uk-halle.de

Anschrift: Magdeburger Straße 16
06112 Halle (Saale)

URL: <https://www.umh.de/>

Position: Komm. Direktor ab 01.10.2022

Titel, Vorname, Name: Apl. Prof. Dr. med. dent. Christian R. Gernhardt

Telefon: 0345/557-3762

Fax: 0345/557-3773

E-Mail: zahnerhaltungskunde@uk-halle.de

Anschrift: Magdeburger Str. 16
06112 Halle (Saale)

URL: <https://www.umh.de/>

Position: Direktorin ab 01.03.2023
 Titel, Vorname, Name: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Kerstin Bitter
 Telefon: 0345/557-3762
 Fax: 0345/557-3773
 E-Mail: zahnerhaltungskunde@uk-halle.de
 Anschrift: Magdeburger Str. 16
 06112 Halle (Saale)
 URL: <https://www.umh.de/>

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VZ00	Parodontologie	Individuelle Mundhygiene; professionelle Zahnreinigung; Parodontistherapie; Plastisch- ästhetische Parodontalchirurgie; Mikrobiologische Tests
VZ00	Zahnerhaltungskunde	Prävention; Prophylaxe; Kariesrisikobestimmung; Minimal- invasive Kariestherapie; Restaurative Kariestherapie, Ästhetische Zahnrestaurationen in unterschiedlicher Ausführung; Schmerzbehandlung, Wurzelkanalbehandlung, Behandlung der Dentinhypersensibilität
VZ00	Kinderzahnheilkunde	Spezialisierte zahnärztliche Betreuung von Kindern u. Jugendlichen, mit Behandlungsschwierigkeiten infolge Allgemeinerkrankungen und hohem Kariesrisiko, Behinderungen, Zahnbehandlungsangst, Lippen- Kiefer- Gaumenspalten, Frühkindliche Karies, Molaren- Inzisiven-Hypomineralisation (Kreidezähne)
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	Zahntraumatologie (Dislokationen, Frakturen) Akutversorgung, weiterführende Therapie und Therapie von Spätfolgen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	Keramische Versorgungen; Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnggebiet; Veneers; Inlays; Onlays; Teilkronen; Kronen und Brücken; Bleaching; Professionelle Zahnreinigung
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	Prävention; Risikobestimmung von Mundhöhlenerkrankungen
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	Prävention; Prophylaxe; Kariesdiagnostik; Kariesrisikobestimmung; Minimal-invasive Kariestherapie; Ästhetische Zahnrestaurationen in unterschiedlicher Ausführung; Wurzelkanalbehandlung
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	Individuelle Mundhygiene; professionelle Zahnreinigung; Parodontistherapie; Plastisch-ästhetische Parodontalchirurgie; Mikrobiologische Tests
VZ11	Endodontie	Wurzelkanalbehandlungen; Revisionen von Wurzelfüllungen; postendodontische Versorgungen
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	Nichtanlagen von Zähnen (Anodontie), Hyperdontie, Hypodontie, Strukturanomalien, genetische Zahnanomalien, Überwachung des Zahnwechsels
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	konservierend-chirurgische Zahnsanierung in Intubationsnarkose bei Allgemeinerkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, Herzerkrankungen, Behinderungen unter stationären Bedingungen

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Universitätspoliklinik der Zahnerhaltungskunde und Parodontologie	
Ambulanzart:	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V(AM01)
Kommentar:	
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
Angebote Leistung:	Sonstige im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (VZ00)
Angebote Leistung:	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebote Leistung:	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)
Angebote Leistung:	Endodontie (VZ11)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs (VZ18)
Angebote Leistung:	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose (VZ20)
Privatambulanz der Universitätspoliklinik der Zahnerhaltungskunde und Parodontologie	
Ambulanzart:	Privatambulanz(AM07)
Kommentar:	
Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
Angebote Leistung:	Sonstige im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (VZ00)
Angebote Leistung:	Akute und sekundäre Traumatologie (VZ01)
Angebote Leistung:	Ästhetische Zahnheilkunde (VZ02)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VZ05)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne (VZ08)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates (VZ09)
Angebote Leistung:	Endodontie (VZ11)
Angebote Leistung:	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs (VZ18)
Angebote Leistung:	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose (VZ20)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	12,22	Es handelt sich hier um Zahnärzte.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,22	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	12,22	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Vollkraft		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	2,21	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,21	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	2,21	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Vollkraft		



Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ73		
AQ74		

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-4.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-4.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-5 Institut für Medizinische Immunologie

B-5.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Institut für Medizinische Immunologie"

Fachabteilungsschlüssel: 3700 Institut für Medizinische Immunologie

Art: Institut für Medizinische Immunologie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Direktorin

Titel, Vorname, Name: Prof. med. habil. Dr. rer. nat. Barbara Seliger

Telefon: 0345/557-1357

Fax: 0345/557-4055

E-Mail: immunologie@uk-halle.de

Anschrift: Magdeburger Straße 2
06112 Halle (Saale)

URL: <https://www.umh.de/>

Position: Komm. Direktorin ab 01.09.2022

Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. Heike Kielstein

Telefon: 0345/557-1357

Fax: 0345/557-4055

E-Mail: immunologie@uk-halle.de

Anschrift: Magdeburger Straße 2
06112 Halle (Saale)

URL: <https://www.umh.de/>

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
-----	--------------------------------	-----------

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

VX00	Durchflusszytometrie	Es wurden 2625 Proben von Patient:innen bearbeitet, darunter 1064 BALF u. 692 Blut- und Knochenmarkproben, 791 Blutproben u. 30 Liquorproben zur Bestimmung der Lymphozytensubpopulationen, 2 Granulozytenfunktionsteste im Blut sowie 32 Untersuchungen bei Verdacht auf paroxismale nächtliche Hämaturie.
------	----------------------	---

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Institut für Medizinische Immunologie

Ambulanzart: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)(AM04)

Kommentar:

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Angebotene Leistung:	B-Zelltypisierung nach Rituximabtherapie für Neurologen und Hämatologen (VX00)
Angebotene Leistung:	Durchführung durchflusszytometrischer Diagnostik bei Patient*innen mit Immundefekten, hämatologischen Neoplasien und Lungenerkrankungen (VX00)
Angebotene Leistung:	Granulozytenfunktionstest mittels Durchflusszytometrie (VX00)

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht



B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,00	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	1,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	1,00	
Fälle je Vollkraft	0,00000	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF53	Immunologie	

B-5.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-5.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-6 Institut für Humangenetik

B-6.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Institut für Humangenetik"

Fachabteilungsschlüssel: 3700 Institut für Humangenetik
 Art: Institut für
 Humangenetik

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Direktorin
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Katrin Hoffmann
 Telefon: 0345/557-4292
 Fax: 0345/557-4293
 E-Mail: humangenetik@uk-halle.de
 Anschrift: Magdeburger Straße 2
 06112 Halle (Saale)
 URL: <https://www.umh.de/>

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VX00	Tumorzytogenetik	Inklusive FISH bestimmter Onkogen- und Tumorsuppressor-Genloci
VX00	Molekulare Zytogenetik (FISH-Analysen, Array-CGH))	Mikrodeletions- und Mikroduplikationssyndrome, Pränataler Schnelltest, Interphasen-FISH, Array-CGH
VX00	klinisch-genetische Diagnostik	für alle o.g. Krankheiten und sonstige Erkrankungen mit Verdacht auf genetische Ursache

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen		
VX00	Molekulare Diagnostik	Alle Methoden der aktuellen humangenetischen Diagnostik, z.B. NGS (Next Generation Sequencing), Sanger-Sequenzierung, MLPA, qPCR, NanoString u.a. für Krankheitsgruppen/Gene. Chimärismusanalysen nach Stammzelltransplantation
VX00	Postnatale Zytogenik (Blut, Fibroblasten, Knochenmark)	Chromosomenanalyse und FISH
VX00	Humangenetische Sprechstunde	Verdacht auf erbliche Tumordisposition, Risiko-Schwangerschaft, Syndromale Erkrankungen, Seltene Erkrankungen, pädiatrische Genetik, Thrombophilie, Kleinwuchs, erbliche Bindegewebs- u. Skelettveränderungen, Neurogenetik, Hörstörungen, Ophthalmogenetik

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Institut für Humangenetik (Hochschulambulanz)	
Ambulanzart:	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V(AM01)
Kommentar:	bei Bedarf inklusive Durchführung von molekulargenetischen zytogenet. und molekular-zytogenet. Analysen
Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	
Angeborene Leistung:	Sprechstunde familiärer Darmkrebs (Zentrum im Deutschen Konsortium für familiären Darmkrebs) (VX00)
Angeborene Leistung:	Sprechstunde Risikoschwangerschaft im Rahmen Perinatalzentrum des UKH (VX00)
Medizinisches Versorgungszentrum	
Ambulanzart:	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V(AM10)
Kommentar:	Klinisch-genetische Sprechstunde für genetisch (mit)bedingte Krankheiten
Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	
Angeborene Leistung:	genetisch bedingte Bindegewebs- u. Skeletterkr. (u.a. Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom, Stickler-Syndrom) (VX00)
Angeborene Leistung:	Neurogenetik (VX00)
Angeborene Leistung:	Ophthalmogenetik (Hornhautdystrophien, Retinopathia pigmentosa u.a.) (VX00)
Angeborene Leistung:	Pädiatrische Genetik (Kindl. Entwicklungsauffälligkeiten, Syndromverdacht, angeb. Fehlbildungen) (VX00)
Angeborene Leistung:	Tumordispositionssyndrome (fam. Brust- u. Eierstockkrebs, fam. Darmkrebs u.a.) (VX00)
FBREK-Zentrum	
Ambulanzart:	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V(AM12)
Kommentar:	Interdisziplinäre Betreuung von Patient*innen mit Verdacht auf erblichen Brust- und Eierstockkrebs sowie von deren Verwandten mit erhöhtem Risiko (https://www.umh.de/einrichtungen/zentren/krukenberg-krebszentrum-halle-kkh/zentren/zentrum-fuer-familiaeren-brust-und-eierstockkrebs-fbrek-zentrum)
Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	
Angeborene Leistung:	Risikoberechnung und bei Bedarf Durchführung der molekulargenetischen Diagnostik (VX00)
Angeborene Leistung:	Sprechstunde familiärer Brust- und Eierstockkrebs (Zentrum im Deutschen Konsortium für familiären Brust- und Eierstockkrebs) (VX00)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,38	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,38	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,38	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	0,38	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,38	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,38	
Fälle je Vollkraft	0,00000	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ21	Humangenetik	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-6.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-7 Institut für Medizinische Mikrobiologie

B-7.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Institut für Medizinische Mikrobiologie"

Fachabteilungsschlüssel: 3700 Institut für Medizinische Mikrobiologie
 Art: Institut für Medizinische
 Mikrobiologie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Direktor
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Alexander S. Kekulé
 Telefon: 0345/557-1809
 Fax: 0345/557-1476
 E-Mail: mikrobiologie@uk-halle.de
 Anschrift: Magdeburger Straße 06
 06112 Halle (Saale)
 URL: <https://www.umh.de/>

Position: Ärztlicher Leiter Abt. 3 ab 21.01.2022
 Titel, Vorname, Name: PD Dr. med. Matthias Karrasch
 Telefon: 0345/557-1809
 Fax: 0345/557-1476
 E-Mail: mikrobiologie@uk-halle.de
 Anschrift: Magdeburger Str. 06
 06112 Halle (Saale)
 URL: <https://www.umh.de/>

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VX00	Infektionsepidemiologie	
VX00	Labordiagnostik einschließlich Infektionsserologie u. molekulare Diagnostik bei bakteriellen Infektionen	

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

VX00	Labordiagnostik einschließlich Infektionsserologie bei Parasiteninfektionen	
VX00	Labordiagnostik einschließlich Infektionsserologie und molekulare Diagnostik bei Virusinfektionen	
VX00	Labordiagnostik einschließlich Infektionsserologie bei Pilzinfektionen	
VX00	Vierteljährliche Routineuntersuchung für Dialysepatienten vor Transplantation	KfH - externe Einsender

B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	3,53	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,53	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,53	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	2,36	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,36	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	2,36	
Fälle je Vollkraft	0,00000	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



B-7.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,43	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,43	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,43	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-7.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-8 Institut für Pathologie

B-8.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Institut für Pathologie"

Fachabteilungsschlüssel: 3700 Institut für Pathologie

Art: Institut für Pathologie

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Direktorin
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Claudia Wickenhauser
 Telefon: 0345/557-1281
 Fax: 0345/557-1295
 E-Mail: pathologie@uk-halle.de
 Anschrift: Magdeburger Straße 14
 06112 Halle (Saale)
 URL: <https://www.umh.de/>

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß §135c SGB V: Ja

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VX00	Aufgabengebiet der Pathologie	Obduktionen (ärztl. Qualitätssicherung, versicherungs- und seuchenrechtliche Fragen, auf Antrag von Angehörigen)
VX00	VX00 - Histopathologische Untersuchungen (inkl. Immunhistochemie (u. a. Biomarker), intraoperative Schnellschnitt-Untersuchungen)	Hämatopathologie, Gastrointestinale Pathologie, Endokrine Pathologie, Mamma- und Gynäkopathologie, Lungenpathologie, Uropathologie, Hals-Nasen-Ohren- und Mundhöhlenpathologie, Knochen- und Weichteilpathologie, Paidopathologie, Dermatopathologie

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen		
VX00	VX00 - Zytopathologische Untersuchungen (inkl. Immunzytochemie): hämatologische Zytologie, nichtgynäkologische Exfoliativzytologie, Punktionszytologie	Hämatopathologie, Gastrointestinale Pathologie, Endokrine Pathologie, Mamma- und Gynäkopathologie, Lungenpathologie, Uropathologie, Hals-Nasen-Ohren- und Mundhöhlenpathologie, Knochen- und Weichteilpathologie, Paidopathologie, Dermatopathologie
VX00	VX00 - Molekularpathologische Untersuchungen (qualitative u. quantitative Analysen v. Nukleinsäuren (DNA u. RNA), die bei onkolog. Erkr. u. im Rahmen der Erregerdiagnostik v. Infektionserkr. vorkommen)	Next-Generation Sequencing (NGS), Sanger-Sequencing, Pyrosequencing, Polymerase-Kettenreaktion (PCR) und ihre Varianten (RT-PCR, quantitative PCR), In-situ Hybridisierung (ISH) für DNA und RNA

B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hochschulambulanz der Pathologie (HAPA)	
Ambulanzart:	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V(AM01)
Kommentar:	
Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	
Angebote Leistung:	Untersuchungsverfahren zum Nachweis von Mykobakterien (VX00)

DiaVZ GmbH	
Ambulanzart:	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V(AM10)
Kommentar:	
Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	
Angeborene Leistung:	Allgemeine Pathologie: Histologie, Molekularpathologie (VX00)

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	12,03	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,03	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	12,03	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl (gesamt)	5,15	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,15	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	5,15	
Fälle je Vollkraft	0,00000	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ46	Pathologie	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-8.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl (gesamt)	0,95	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,95	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-8.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-9 Institut für Rechtsmedizin

B-9.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Institut für Rechtsmedizin"

Fachabteilungsschlüssel: 3700 Institut für Rechtsmedizin
 Art: Institut für
 Rechtsmedizin

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt:

Position: Direktor
 Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig
 Telefon: 0345/557-1768
 Fax: 0345/557-1587
 E-Mail: rechtsmedizin@uk-halle.de
 Anschrift: Franzosenweg 1
 06112 Halle (Saale)
 URL: <https://www.umh.de/>

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VX00	Krematoriumsleichenschau und Leichenschau für Anatomie	
VX00	Befunderhebung, Dokumentation und Begutachtung in Fällen des Vorwurfs ärztlicher oder pflegerischer Sorgfaltspflichtverletzung	
VX00	Histologische Untersuchungen	
VX00	Telefonische und schriftliche Beratung ärztlicher Kollegen zur Befunddokumentation bei Gewaltopfern, Spurensicherung und Leichenschau	
VX00	molekulargenetische Spurenuntersuchungen für die Landeskriminalämter Sachsen-Anhalt und Niedersachsen	
VX00	Bestimmung von Medikamentenspiegel, quantitative Bestimmung von BTM- pflichtigen Wirkstoffen	
VX00	Forensische Beurteilung von Knochenfunden	

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen		
VX00	Bestimmung von Blutalkoholkonzentrationen und Begleitstoffen	
VX00	Tatablauf und Unfallrekonstruktion	
VX00	Gerichtsärztliche Leichenschau gemäß § 87 (1) StPO	
VX00	Forensische Blutentnahmen und ärztliche Beurteilung der Gewahrsamtauglichkeit	
VX00	Konsiliartätigkeit zur Untersuchung von lebenden Personen nach Körperverletzungsdelikten und bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Verdacht auf häusliche Gewalt sowie Sexualdelikten	
VX00	24-stündiger rechtsmedizinischer Rufbereitschaftsdienst	
VX00	Suchanalyse auf Giftstoffe und Arzneimittelwirkstoffe in Körperflüssigkeiten	
VX00	Rechtsmedizinische Absicherung von Organentnahmen zu Transplantationszwecken	
VX00	Abstammungsgutachten	
VX00	Durchführung gerichtlicher Obduktionen ungeklärter und nicht natürlicher Todesfälle, gemäß § 87(2) StPO	
VX00	Forensische Blutspurenanalyse	
VX00	Forensische Lebensaltersschätzung und Identitätsbeurteilung	
VX00	Forensische Odontostomatologie	

B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	8,23	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,23	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	8,23	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	4,24	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,24	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	4,24	
Fälle je Vollkraft	0,00000	



Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ57	Rechtsmedizin	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-9.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-9.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

VX00	Arbeitsplatzanalysen hinsichtlich körperlicher Belastung und Schadstoffexposition	
VX00	Diagnostik bei Verdacht auf das Vorliegen einer berufsbedingten Erkrankung	
VX00	Beratungen zum Zusammenhang zwischen Erkrankungen und beruflicher Schadstoffexposition	
VX00	Beratung zur beruflichen Eignung bei bestehenden Erkrankungen	
VX00	Nachgehende Untersuchung für ehemalige Mitarbeiter der Wismut AG	
VX00	Begutachtung in Verfahren zur Erwerbsminderung	

B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Keine Hauptdiagnosen erbracht

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Keine Prozeduren erbracht

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung

Ambulanzart: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)(AM04)

Kommentar: Nur im Rahmen von Notfallmaßnahmen

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Angebote Leistung: Belastungsuntersuchungen (VX00)

Angebote Leistung: inhalative Provokationstestungen (VX00)

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Keine ambulante Operation nach OPS erbracht

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

Stationäre BG-Zulassung vorhanden: Keine Angabe / Trifft nicht zu

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Hauptabteilung:

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	3,93	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,93	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,93	
Fälle je Vollkraft	0,00000	
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	42,00	

davon Fachärztinnen und Fachärzte (ohne Belegärzte) in Vollkräften		
Anzahl (gesamt)	3,48	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,48	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	0,00	
Personal in der stationären Versorgung	3,48	
Fälle je Vollkraft	0,00000	



Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ03	Arbeitsmedizin	

Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-10.11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		
Anzahl (gesamt)	1,11	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,11	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	1,11	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		
maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40,00	

Medizinische Fachangestellte		
Anzahl (gesamt)	2,23	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,23	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal in der ambulanten Versorgung	2,23	
Personal in der stationären Versorgung	0,00	
Fälle je Anzahl		

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

B-10.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	13		100	13	
Geburtshilfe (16/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	12		100	12	
Herzchirurgie (HCH)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Zähleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	KEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zähleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebenspende (LLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Nierenlebenspende (NLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	(Datenschutz)		(Datenschutz)	(Datenschutz)	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	13		100	13	
Geburtshilfe (16/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie (18/1)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Dekubitusprophylaxe (DEK)	12		100	12	
Herzchirurgie (HCH)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	0	HCH		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	0	HEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantationen und Herzunterstützungssysteme (HTXM)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Herztransplantation (HTXM_TX)	0	HTXM		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	0	KEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	0	KEP		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich DeQS	Fallzahl	Zählbereich von	Dokumentationsrate	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	(Datenschutz)		(Datenschutz)	(Datenschutz)	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)	0			0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2.[-] Ergebnisse der Qualitätssicherung

- I. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**
- I.A Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden**

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis ID	52009
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Einheit	
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	3,65
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,42 - 9,36
Grundgesamtheit	1354
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,10
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis ID	52326
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis ID	521801
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis ID	521800
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,28
Grundgesamtheit	1354
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kürzel Leistungsbereich	DEK
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis ID	52010
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,28
Grundgesamtheit	1354
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Kürzel Leistungsbereich	GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	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
Ergebnis ID	51906
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QJ-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. QJ-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/.</p>
Einheit	

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,48
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Kürzel Leistungsbereich	GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis ID	12874
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens 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/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,95

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 43,45
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Kürzel Leistungsbereich	GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigt jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis ID	10211
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens 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/.</p>
Einheit	%

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,20 - 8,05
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Kürzel Leistungsbereich	GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigt jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis ID	172000_10211
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,90 - 12,55
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	10211
Sortierung	1
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Kürzel Leistungsbereich	GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis ID	172001_10211
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	13,49
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,39 - 14,67
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	10211
Sortierung	2
Ergebnis Bewertung	
– (vgl. Hinweis im Vorwort)	

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Kürzel Leistungsbereich	GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis ID	60685
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,66 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Kürzel Leistungsbereich	GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis ID	60686
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	19,31
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,56 - 20,07
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Kürzel Leistungsbereich	GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis ID	612
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,41 - 89,07
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 - 100,00
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Kürzel Leistungsbereich	GYN-OP
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Ergebnis ID	52283
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,15
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,05 - 3,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 22,81
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich
Ergebnis ID	56000
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	64,25
Vertrauensbereich (bundesweit)	64,05 - 64,45
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	



Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Referenzbereich	≥ 40,97 % (5. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
Ergebnis ID	56001
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	27,91
Vertrauensbereich (bundesweit)	27,71 - 28,11
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 41,48 % (95. Perzentil)



Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis ID	56003
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich (bundesweit)	75,91 - 76,83
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	>= 67,57 % (5. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	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
Ergebnis ID	56004
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,54 - 2,88
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 5,98 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	NO1
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis ID	56005
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,01 - 43,41
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	≤ 1,65 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis ID	56006
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis ID	56007
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p>
Einheit	
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 1,50 (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis ID	56008
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,20 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)



Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis ID	56009
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,35 - 4,47
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)



Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis ID	56010
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	17,16
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,68 - 17,65
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 21,93 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01



Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis ID	56011
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	9,88
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,77 - 10,00
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01



Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis ID	56014
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	94,29
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,05 - 94,52
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	>= 93,65 % (5. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01



Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Kürzel Leistungsbereich	PCI
Bezeichnung des Ergebnisses	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis ID	56016
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis-Bezug zu Infektionen	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standardtitel/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,31
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,23 - 95,39
Rechnerisches Ergebnis	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Fallzahl	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Mehrfach	Nein
Risikoadjustierte Rate	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Bezug andere QS Ergebnisse	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Sortierung	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Ergebnis Bewertung	
Referenzbereich	≥ 93,95 % (5. Perzentil)
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	– (vgl. Hinweis im Vorwort)
Qualitative Bewertung Berichtsjahr	N01

Leistungsbereich	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Qualitative Bewertung Vergleich vorheriges Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Kommentar Beauftragte Stelle	– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene nach § 112 SGB V keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Immunhistochemie und Molekularpathologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	QuiP-Ringversuche
Ergebnis	erfolgreiche Teilnahme mit dem Erwerb der entsprechenden Zertifikate
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	jährliche oder zweijährliche Auswertung
Rechenregeln	
Referenzbereiche	siehe Vorgaben QuIP
Vergleichswerte	siehe Vorgaben QuIP
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	https://www.medicin.uni-halle.de/einrichtungen/institute/pathologie/klinisches-leistungsspektrum/zertifikate/-ringversuche/-urkunden

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Histologische und molekulare Diagnostik
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Teilnahme an externen Qualitätszirkeln mit anderen Instituten für Pathologie gemäß DAkkS-Vorgaben
Ergebnis	erfolgreiche Teilnahme mit dem Erwerb der entsprechenden Zertifikate
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	2x jährlich
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	Abgleich m. DAkkS-Instituten:histo-,molekular- u. zytopatholog. Leistungen,Immunhisto- u. Zytochemie
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	https://www.medicin.uni-halle.de/einrichtungen/institute/pathologie/klinisches-leistungsspektrum/zertifikate-/-ringversuche-/-urkunden

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Labormedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators	INSTAND e.V.; Ubierstr.20, 40223 Düsseldorf
Ergebnis	fortlaufend
Messzeitraum	fortlaufend
Datenerhebung	INSTAND Ringversuch Molekulargenetik (MVZ) - BRCA1 BRCA2
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	www.instand-ev.de

Leistungsbereich	Kommentar
Leistungsbereich	Mikrobiologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	INSTAND Ringversuch bakteriologische Infektionsserologie und Virusdiagnostik
Ergebnis	halbjährlich
Messzeitraum	
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	www.instand-ev.de

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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen Mm-R im Berichtsjahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen.	36
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	19
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	19



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad PpUG

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad PpUG

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Gesamtkommentar: - Q4 2022 - der Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt
 Begründung: laut Feedback fehlt auf Excelsheet B1.2 eine Stichtageintragung: das hängt damit zusammen, das es in Q4 2021 nur 3 Tageskliniken (TK) gab und ab Q4 2022 dann eine vierte hinzukam: daher keine Zahlen aus dem Referenzquartal möglich

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q1]

1. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q1]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q1]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: ja

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q1]

Bezeichnung der Station	P1
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	19
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung

Bezeichnung der Station	P2
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	16
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie

Bezeichnung der Station	P5
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	21
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Schwerpunkt der Behandlung	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

Bezeichnung der Station	P6
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	21
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	P7
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	16
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 1
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	7
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 2
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	7
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 3
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	7
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q1]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q1]

Bezeichnung der Station	P3
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	12
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A7 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q1]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q2]

2. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q2]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q2]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: ja

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q2]

Bezeichnung der Station	P1
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	19
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	C = offene, nicht elektive Station
Schwerpunkt der Behandlung	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung

Bezeichnung der Station	P2
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	16
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	C = offene, nicht elektive Station
Schwerpunkt der Behandlung	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie

Bezeichnung der Station	P5
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	21
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	P6
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	21
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	P7
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	16
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	C = offene, nicht elektive Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 1
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	7
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 2
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	7
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 3
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	7
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q2]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q2]

Bezeichnung der Station	P3
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	12
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q2]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q3]

3. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q3]

Beleg zur Erfüllung geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q3]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: ja

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q3]

Bezeichnung der Station	P1
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	19
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	C = offene, nicht elektive Station
Schwerpunkt der Behandlung	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung

Bezeichnung der Station	P2
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	16
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	C = offene, nicht elektive Station
Schwerpunkt der Behandlung	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie

Bezeichnung der Station	P5
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	21
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	P6
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	21
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	P7
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	16
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	C = offene, nicht elektive Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 1
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	7
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 2
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	7
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 3
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	7
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q3]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q3]

Bezeichnung der Station	P3
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	12
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q3]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.1 Zeitraum des Nachweises [Q4]

4. Quartal

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung [Q4]

Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt.

C-9.3 Einrichtungstyp [Q4]

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: ja

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Erwachsenenpsychiatrie) [Q4]

Bezeichnung der Station	P1
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	19
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	C = offene, nicht elektive Station
Schwerpunkt der Behandlung	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung

Bezeichnung der Station	P2
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	16
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	C = offene, nicht elektive Station
Schwerpunkt der Behandlung	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie

Bezeichnung der Station	P5
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	21
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	P6
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	21
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	P7
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	16
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	C = offene, nicht elektive Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 1
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	8
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 2
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	8
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 3
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	8
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie

Bezeichnung der Station	TK 4
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	0
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	12
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Psychosomatik) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Psychosomatik) [Q4]

Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche: nein

Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste: ja

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Psychosomatik) [Q4]



Bezeichnung der Station	P3
Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	12
Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	0
Stationstyp	E = elektive offene Station
Schwerpunkt der Behandlung	A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) [Q4]

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

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

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

- **Diagnosen zu B-1.6**

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F20.0	234	Paranoide Schizophrenie
F10.0	116	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F60.31	86	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
F33.1	60	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F32.1	42	Mittelgradige depressive Episode
F43.2	40	Anpassungsstörungen
F10.2	35	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F25.8	35	Sonstige schizoaffektive Störungen
F33.2	31	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F61	30	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F25.1	29	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F32.2	29	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F25.2	28	Gemischte schizoaffektive Störung
G30.8	28	Sonstige Alzheimer-Krankheit
F25.0	23	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
G30.1	23	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
F05.1	21	Delir bei Demenz
F43.1	20	Posttraumatische Belastungsstörung
F15.5	16	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung
F31.6	15	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode
F70.1	15	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F33.3	14	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F06.2	13	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung
F03	12	Nicht näher bezeichnete Demenz
F05.0	12	Delir ohne Demenz
F32.3	12	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F41.0	12	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F20.5	11	Schizophrenes Residuum
F06.7	10	Leichte kognitive Störung
F05.8	8	Sonstige Formen des Delirs
F12.5	8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung
F60.8	8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
F05.9	7	Delir, nicht näher bezeichnet
F10.3	7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F19.5	7	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung
F43.0	7	Akute Belastungsreaktion
F06.0	6	Organische Halluzinose
F15.2	6	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom
F23.9	6	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet
F31.4	6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F45.41	6	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F01.9	5	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
F22.0	5	Wahnhafte Störung
F25.9	5	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet
F60.30	5	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ
F10.4	4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
F11.2	4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom
F12.0	4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F23.1	4	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F72.1	4	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
G30.9	4	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
F01.2	(Datenschutz)	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	(Datenschutz)	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F01.8	(Datenschutz)	Sonstige vaskuläre Demenz
F06.3	(Datenschutz)	Organische affektive Störungen
F06.8	(Datenschutz)	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F06.9	(Datenschutz)	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07.9	(Datenschutz)	Nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F10.6	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F10.7	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F11.5	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Psychotische Störung
F12.2	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom
F13.0	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F14.5	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung
F15.0	(Datenschutz)	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F20.2	(Datenschutz)	Katatone Schizophrenie
F20.3	(Datenschutz)	Undifferenzierte Schizophrenie
F23.2	(Datenschutz)	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F23.8	(Datenschutz)	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F31.0	(Datenschutz)	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	(Datenschutz)	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	(Datenschutz)	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	(Datenschutz)	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.5	(Datenschutz)	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.8	(Datenschutz)	Sonstige bipolare affektive Störungen
F31.9	(Datenschutz)	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F33.0	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode

ICD-Ziffer	Fallzahl	Bezeichnung
F33.4	(Datenschutz)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F40.01	(Datenschutz)	Agoraphobie: Mit Panikstörung
F40.1	(Datenschutz)	Soziale Phobien
F41.9	(Datenschutz)	Angststörung, nicht näher bezeichnet
F42.0	(Datenschutz)	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F42.2	(Datenschutz)	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F44.5	(Datenschutz)	Dissoziative Krampfanfälle
F44.7	(Datenschutz)	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt
F44.81	(Datenschutz)	Multiple Persönlichkeit(ssstörung)
F44.88	(Datenschutz)	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F45.0	(Datenschutz)	Somatisierungsstörung
F45.2	(Datenschutz)	Hypochondrische Störung
F45.31	(Datenschutz)	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem
F45.34	(Datenschutz)	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem
F50.5	(Datenschutz)	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen
F53.1	(Datenschutz)	Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F60.4	(Datenschutz)	Histrionische Persönlichkeitsstörung
F60.6	(Datenschutz)	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F62.0	(Datenschutz)	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
F70.0	(Datenschutz)	Leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F71.1	(Datenschutz)	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F79.1	(Datenschutz)	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
G20.90	(Datenschutz)	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G23.8	(Datenschutz)	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien
G30.0	(Datenschutz)	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
G31.82	(Datenschutz)	Lewy-Körper-Krankheit

- **Prozeduren zu B-1.7**



– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-2.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-2.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-3.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-3.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-4.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-4.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-5.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-5.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-6.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-6.7**



– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-7.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-7.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-8.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-8.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-9.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-9.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Diagnosen zu B-10.6**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)

- **Prozeduren zu B-10.7**

– (vgl. Hinweis im Vorwort)



Disclaimer

Die bereitgestellten Informationen sind Angaben der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stellen diese Daten zum Zweck der Veröffentlichung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V und den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt die Daten unverändert und ungeprüft wieder. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte kann keine Gewähr übernommen werden. Nach §§ 8 bis 10 Telemediengesetz ist die Geschäftsstelle des G-BA nicht verpflichtet, übermittelte oder gespeicherte fremde Informationen zu überwachen oder nach Umständen zu forschen, die auf eine rechtswidrige Tat hinweisen. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung konkreter Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen wird die Geschäftsstelle diese Informationen umgehend entfernen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin
www.g-ba.de

Dieses Dokument wurde automatisiert erstellt durch die
Gesundheitsforen Leipzig GmbH (www.gesundheitsforen.net).