



# Strukturierter Qualitätsbericht 2019

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



**SHG:** Klinikum Merzig

## Die Saarland Heilstätten - Kontakte

### Geschäftsführer

**Bernd Mege**  
Telefon +49(0)681/889-2299  
Fax +49(0)681/889-2275  
a.kugler@sb.shg-kliniken.de

### Zentrales Medizinisches Controlling und Qualitätsmanagement

**Dr. med. Brigitte E. Marx**  
Telefon +49(0)681/889-2847  
Fax +49(0)681/889-2830  
b.marx@sb.shg-kliniken.de

### Zentrale Unternehmenskommunikation

**Tanja Huppert**  
Telefon +49(0)681/889-2050  
Fax +49(0)681/889-2233  
t.huppert@sb.shg-kliniken.de



## SHG: Saarland Heilstätten



### Die Saarland Heilstätten GmbH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Geschäftsführer



Bernd Mege



Einleitung



Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Patientinnen und Patienten,

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

Im vorliegenden Qualitätsbericht sind die umfangreichen Aktivitäten diesbezüglich nur sehr kurz dargestellt. Der Grund dafür liegt in der Beschränkung des Umfangs dieses Berichts, der in der oben genannten Vereinbarung von den Vertragspartnern so festgelegt wurde.

Das Klinikum Merzig, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes, ist im Krankenhausplan des Saarlandes mit 298 vollstationären und 66 teilstationären Betten aufgenommen. Zum Klinikum gehören die Schule für Ergo- und Beschäftigungstherapie mit 40 Ausbildungsplätzen, sowie eine Schule für Gesundheits-, Krankenpflege mit 117 Ausbildungsplätzen.

Unter der Trägerschaft der Klinikum Merzig gGmbH wird ebenfalls in Merzig ein Seniorenzentrum mit 91 vollstationären Pflegeplätzen sowie Kurzzeitpflegeplätzen geführt.

Träger der Klinikum Merzig gGmbH ist die Saarland-Heilstätten GmbH. Als gemeinnützige Gesellschaft in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft zählt sie die Deutsche Rentenversicherung Saarland, der Regionalverband, die Knappschaft-Bahn-See sowie den Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saar e.V. zu ihren Gesellschaftern.

Ziel unserer Arbeit ist, Vertrauen sichtbar zu machen, indem wir Geborgenheit durch Kompetenz und Freundlichkeit vermitteln. Dazu gehört die ständige Qualitätsverbesserung im personellen und medizinischen Bereich genau so wie die weitere Steigerung unseres hohen Unterbringungsstandards. Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der Patient mit seinen individuellen medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedürfnissen.

Unseren Patienten und Angehörigen bieten wir ein breit gestaffeltes und umfassendes Leistungsspektrum. Die medizinische Versorgungsstruktur ergibt sich durch die folgenden medizinischen Kliniken:

- Klinik für Innere Medizin: Kardiologie, Internistische Intensivmedizin, Gastroenterologie, Proktologie und Hepatologie
- Klinik für Neurologie mit Stroke-Unit, Früh-Reha und Schmerzlinik
- Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie, Phlebologie
- Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie und Sportmedizin
- Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin und Notfallmedizin
- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Tagesklinik und Institutsambulanz
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- Abteilung für Palliativmedizin und spezielle Schmerztherapie

Weiterhin sind die folgenden Fachabteilungen sowie Zentren in die Klinikstruktur integriert:

- Diagnostische und Interventionelle Radiologie
- Adipositaszentrum
- Hernienzentrum
- Psychiatrisches Zentrum
- Ambulantes Physiotherapeutisches Zentrum



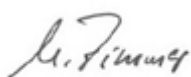


Die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ist als „Lokales Traumazentrum“ zertifiziert und erfüllt die Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) an die Behandlung von Schwerverletzten. Ebenso ist die Schlaganfalleinheit der Klinik als Regionale Stroke Unit nach dem Qualitätsstandard der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft sowie der Deutschen Schlaganfall-Hilfe zertifiziert.

Auch im ambulanten Bereich engagiert sich die Klinikum Merzig gGmbH. So ist sie seit Anfang 2007 Gesellschafter eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Losheim mit den Schwerpunkten Neurologie/Psychiatrie & Gynäkologie und seit 2009 in Merzig mit den Schwerpunkten Neurologie. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen der Versorgungszentren kommen die Patienten in den Genuss einer Medizin auf qualitativ hohem Niveau ohne Brüche in der Versorgung im ambulanten und stationären Bereich. Die kompetente Betreuung gewährleistet ein breites Diagnose- und Therapiespektrum.

Insgesamt arbeiten in unserem Klinikum, dem Seniorenzentrum und den Medizinischen Versorgungszentren über 850 Menschen aus der Region Merzig-Wadern täglich daran, Gesundheit zu erhalten oder im Falle einer Erkrankung Ihre Leiden zu lindern.

Das Klinikum Merzig ist stolz, sich Ihnen als Ihr Gesundheitszentrum in der Region vorzustellen.



Michael Zimmer  
Verwaltungsdirektor



Prof. Dr. med. Matthias Strittmatter  
Ärztlicher Direktor



Ulrich Reutler  
Pflegedirektor

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Verwaltungsdirektor Michael Zimmer, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

# Inhaltsverzeichnis

## A 14 Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1	15	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	15	Name und Art des Krankenhausträgers
A-3	15	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
A-4	16	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-5	16	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-6	18	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-7	19	Aspekte der Barrierefreiheit
A-7.1	19	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen
A-7.2	19	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
A-8	21	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-8.1	21	Forschung und akademische Lehre
A-8.2	22	Ausbildung in anderen Heilberufen
A-9	22	Anzahl der Betten
A-10	22	Gesamtfallzahlen
A-11	22	Personal des Krankenhauses
A-11.1	22	Ärztinnen und Ärzte
A-11.2	22	Pflegepersonal
A-11.3	23	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik
A-11.4	23	Spezielles therapeutisches Personal
A-12	23	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung
A-12.1	23	Qualitätsmanagement
A-12.2	23	Klinisches Risikomanagement
A-12.3	25	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
A-12.4	28	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement
A-12.5	29	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
A-13	30	Besondere apparative Ausstattung
A-14	31	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
A-14.1	31	Teilnahme an einer Notfallstufe
A-14.2	31	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung
A-14.3	31	Teilnahme am Modul Spezialversorgung
A-14.4	31	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

## B 32 Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1	34	<b>Klinik für Innere Medizin</b>
B-1.1	34	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-1.2	34	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-1.3	35	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-1.4	36	[unbesetzt]
B-1.5	36	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-1.6	36	Hauptdiagnosen nach ICD
B-1.7	36	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-1.8	36	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-1.9	37	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-1.10	37	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

B-1.11	37	Personelle Ausstattung
<b>B-2</b>	<b>40</b>	<b>Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie</b>
B-2.1	40	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-2.2	40	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-2.3	40	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-2.4	42	[unbesetzt]
B-2.5	42	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-2.6	42	Hauptdiagnosen nach ICD
B-2.7	42	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-2.8	42	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-2.9	44	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-2.10	44	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-2.11	44	Personelle Ausstattung
<b>B-3</b>	<b>47</b>	<b>Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie / BG</b>
B-3.1	47	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-3.2	47	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-3.3	48	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-3.4	50	[unbesetzt]
B-3.5	50	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-3.6	51	Hauptdiagnosen nach ICD
B-3.7	51	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-3.8	52	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-3.9	53	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-3.10	53	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-3.11	53	Personelle Ausstattung
<b>B-4</b>	<b>56</b>	<b>Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe</b>
B-4.1	56	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-4.2	56	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-4.3	56	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-4.4	57	[unbesetzt]
B-4.5	57	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-4.6	57	Hauptdiagnosen nach ICD
B-4.7	58	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-4.8	58	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-4.9	59	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-4.10	59	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-4.11	60	Personelle Ausstattung
<b>B-5</b>	<b>62</b>	<b>Klinik für Neurologie, Stroke Unit und Frührehabilitation Phase B</b>
B-5.1	62	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-5.2	62	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-5.3	62	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-5.4	63	[unbesetzt]
B-5.5	63	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-5.6	64	Hauptdiagnosen nach ICD
B-5.7	64	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-5.8	65	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-5.9	65	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-5.10	65	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-5.11	65	Personelle Ausstattung

<b>B-6</b>	<b>67</b>	<b>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit dazugehöriger Institutsambulanz</b>
B-6.1	67	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-6.2	67	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-6.3	67	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-6.4	68	[unbesetzt]
B-6.5	68	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-6.6	68	Hauptdiagnosen nach ICD
B-6.7	68	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-6.8	68	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-6.9	69	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-6.10	69	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-6.11	69	Personelle Ausstattung
<b>B-7</b>	<b>71</b>	<b>Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit dazugehöriger Institutsambulanz</b>
B-7.1	71	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-7.2	71	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-7.3	71	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-7.4	72	[unbesetzt]
B-7.5	72	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-7.6	72	Hauptdiagnosen nach ICD
B-7.7	72	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-7.8	72	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-7.9	72	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-7.10	72	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-7.11	72	Personelle Ausstattung
<b>B-8</b>	<b>75</b>	<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</b>
B-8.1	75	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-8.2	75	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-8.3	75	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-8.4	75	[unbesetzt]
B-8.5	76	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-8.6	76	Hauptdiagnosen nach ICD
B-8.7	76	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-8.8	77	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-8.9	77	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-8.10	77	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-8.11	77	Personelle Ausstattung
<b>B-9</b>	<b>79</b>	<b>Abteilung für Palliativmedizin</b>
B-9.1	79	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-9.2	79	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-9.3	79	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-9.4	79	[unbesetzt]
B-9.5	80	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-9.6	80	Hauptdiagnosen nach ICD
B-9.7	80	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-9.8	80	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-9.9	80	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-9.10	80	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-9.11	80	Personelle Ausstattung

## C 82 Qualitätssicherung

- C-1 83 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- C-1.1 83 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate
- C-1.2 83 Ergebnisse der Qualitätssicherung
- C-2 97 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
- C-3 97 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- C-4 98 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- C-5 102 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- C-5.1 102 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr
- C-5.2 102 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr
- C-6 102 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- C-7 102 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- C-8 102 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

## D 103 Qualitätsmanagement

- D-1 104 Qualitätspolitik
- D-2 106 Qualitätsziele
- D-3 107 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 107 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 108 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 109 Bewertung des Qualitätsmanagements



A Krankenhaus

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Klinikum Merzig gGmbH  
 Institutionskennzeichen: 261000160  
 Standortnummer: 00  
 Straße: Trierer Straße 148  
 PLZ / Ort: D-66663 Merzig  
 Adress-Link: <http://mzg.shg-kliniken.de/>  
 Telefon: +49(0)6861/705-0  
 Telefax: +49(0)6861/705-1637  
 E-Mail: [info@mzg.shg-kliniken.de](mailto:info@mzg.shg-kliniken.de)

### Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. Matthias Strittmatter  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt u. Ärztlicher Direktor – Klinik für Neurologie, Neurologische Frühreha Phase B und Stroke Unit  
 Telefon: +49(0)6861/705-1650  
 Telefax: +49(0)6861/705-1686  
 E-Mail: [m.strittmatter@mzg.shg-kliniken.de](mailto:m.strittmatter@mzg.shg-kliniken.de)

### Pflegedienstleitung

Name: Ulrich Reutler  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektor  
 Telefon: +49(0)6861/705-1800  
 Telefax: +49(0)6861/705-1810  
 E-Mail: [u.reutler@mzg.shg-kliniken.de](mailto:u.reutler@mzg.shg-kliniken.de)

### Verwaltungsleitung

Name: Dipl.-Kfm. (FH) Christoph Schwarz  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Verwaltungsdirektor  
 Telefon: +49(0)6861/705-1140  
 Telefax: +49(0)6861/705-1637  
 E-Mail: [c.schwarz@mzg.shg-kliniken.de](mailto:c.schwarz@mzg.shg-kliniken.de)

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Klinikum Merzig gemeinnützige GmbH  
 Art: öffentlich  
 Internet: <http://mzg.shg-kliniken.de/>

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja  
 Universität: Universität des Saarlandes

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: ja

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP02	Akupunktur	Anwendung durch die Beleghebammen im Rahmen der Schwangerschaft und der Geburt. Anwendung zur Schmerzbehandlung im Bereich der Orthopädie.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	Wird während der Schwangerschaft und der Geburt angewendet ebenso in der Palliativmedizin.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Wird auf ärztliche Anordnung durch die Abteilung Physiotherapie durchgeführt
MP06	Basale Stimulation	Wird auf ärztliche Anordnung durch die Abteilung Physiotherapie durchgeführt
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	Ist bei Bedarf Bestandteil der psychiatrischen Behandlung
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Musik und Tanz Fitnesstraining mittels verschiedener Sportarten
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Im Klinikum ist eine Ernährungsberatung in Form einer Diabetesassistentin DDG bzw. eines Ernährungscoach etabliert. Zusätzlich existieren im Rahmen des Adipositaszentrum Kooperationen mit niedergelassenen Ernährungsmedizinern und Selbsthilfegruppen.
MP69	Eigenblutspende	Kann über die kooperierende Blutspendezentrale Saar-Pfalz angeboten werden.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Der Expertenstandard Entlassmanagement wird umgesetzt. Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach 539 Abs. 1a S. 9 SGB V befindet sich in der Umsetzung
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Wird von den jeweiligen Beleghebammen vor und nach der Geburt angeboten.



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	<p>Sport und Bewegung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Entspannungstraining, Yoga, spezielle Formen der Gymnastik</li> <li>•Fitnessstraining mittels verschiedener Sportarten</li> </ul> <p>Verschiedene Kunstateliers:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•freies Malen und Bildhauerei</li> <li>•Fotografie</li> <li>•Musik und Tanz</li> <li>•Singen und Percussion</li> </ul>
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	Homöopathie wird vor, während und nach der Geburt angewendet.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Es besteht eine Patientenschule für schulpflichtige Kinder
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrationale Bewegungstherapie
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	Wird in den jeweiligen Praxen der Beleghebammen angeboten.
MP37	Schmerztherapie/-management	Im Klinikum existiert eine Abteilung für multimodale Schmerztherapie.
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	<p>Regelmäßige Führungen Kreißsaal</p> <p>Regelmäßige Patienten- Angehörigen- und Laienvorträge sowie Informationsveranstaltungen</p> <p>Tag der offenen Tür mit Vorstellung des Leistungsspektrums</p>
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Sturzprophylaxe
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	Babymassage, PEKiP, Stillberatung, Baby-Notfallkurse wird über die Beleghebammen angeboten

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Yoga
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Tragetuchkurs, Babymassagekurs
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Schlucktherapie
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegerinnen	Unterwasserburten
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Demenz- und MS-Schwester
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		11 Einzelzimmer
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer		Je nach Bedarf darstellbar.
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		98 2-Bett-Zimmer
NM62	Angebote für schulpflichtige Patientinnen, Patienten und deren Kinder: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Angebote für schulpflichtige Patientinnen, Patienten und deren Kinder: Schule im Krankenhaus		

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in		
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	<a href="http://mzg.shg-kliniken.de/index.php?id=4817">http://mzg.shg-kliniken.de/index.php?id=4817</a>	
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	<a href="http://mzg.shg-kliniken.de/index.php?id=1328">http://mzg.shg-kliniken.de/index.php?id=1328</a>	Regelmäßige Treffen der Adipositaselbsthilfegruppe am Klinikum. Über den Sozialdienst der Klinik kann der Patient an eine entsprechende Selbsthilfegruppe vermittelt werden.
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/spirituelle Begleitung		
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name:

Funktion / Arbeitsschwerpunkt:

Telefon:

E-Mail:

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF05	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Im Klinikum ist ein Patientenbegleitedienst im Einsatz und zu gewissen Zeiten kann auf die Unterstützung von "Grüne Damen und Herren" zurückgegriffen werden.
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhl-gerechten Sanitäranlagen	
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhl-gerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhl-gerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhl-gerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung	Im Klinikum ist ein Patientenbegleitedienst im Einsatz und zu gewissen Zeiten kann auf die Unterstützung von "Grüne Damen und Herren" zurückgegriffen werden.
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Alle Klinikbetten verfügen über eine integrierte Bettenverlängerung. Kooperationsvertrag mit der Firma Arjo Handleigh bezüglich der Anforderung von Spezialbetten Rollstühle für Schwergewichtige sind ebenfalls verfügbar.
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Zwei OPs sind mit Schwerlastsäulen ausgestattet. Ebenfalls stehen Hilfsmittel zur Lagerung von Übergewichtigen zur Verfügung.
BF19	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	CT-Untersuchungen sind bis 200kg/KG möglich.
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste	Im Klinikum stehen mehrere Mitarbeiter zur Verfügung die verschiedene Sprachen dolmetschen können. Sprachen: Albanisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Georgisch, Italienisch, Kroatisch, Persisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Spanisch, Syrisch, Tagalog, Türkisch.
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Arabisch, Englisch, Französisch, Georgisch, Russisch, Spanisch, Syrisch
BF32	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurovaskuläres Netzwerk</li> <li>- Erfassung / bestes Vorgehen bei interventionspflichtigen Schlaganfällen</li> <li>- Behandlungsverbesserung unfallchirurgischer Patienten mit dem Schwerpunkt Arbeitsunfälle im D-Arzt-Verfahren</li> </ul>

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	PRODAST- STUDIE Anwender- bzw. Beobachtungsstudie "Einsatz von Blutverdünner bei Vorhofflimmern"
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Herausgeber wissenschaftliche Publikationen im Bereich der Neurologie
FL09	Doktorandenbetreuung	

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer
HB11	Podologin und Podologe

### A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 327

### A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle:

Teilstationäre Fälle:

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise:

### A-11 Personal des Krankenhauses

#### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Es ist kein Pflegepersonal vorhanden.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Ulrich Kiefer  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanager/Risikomanager  
 Telefon: +49(0)6861/705-1627  
 Telefax: +49(0)6861/705-1810  
 E-Mail: u.kiefer@mzg.shg-kliniken.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Qualitäts-/Risikomanagement, Pflegedirektion, Verwaltungsdirektion, Ärztlicher Dienst (QM), Betriebsrat  
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Ulrich Kiefer  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanager/Risikomanager  
 Telefon: +49(0)6861/705-1627  
 Telefax: +49(0)6861/705-1810  
 E-Mail: u.kiefer@mzg.shg-kliniken.de

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Qualitäts-/Risikomanagement, Pflegedirektion, Verwaltungsdirektion, Ärztlicher Dienst (QM), Betriebsrat  
 Tagungsfrequenz: quartalsweise

#### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Professionelle Dokumentenlenkungssoftware "Nexus-Curator" im Einsatz mit permanenter zeitnaher Aktualisierung Letzte Aktualisierung: 26.10.2017
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 29.06.2015
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: jährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: jährlich

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

Ja, Tagungsfrequenz: monatlich

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

- Aufgabenfelder von Krankenpflegeschüler/innen analog des Ausbildungskatalogs definiert
- Ablauf Schockraumeinsatz/Polytraumaversorgung optimiert
- Technische Aufrüstung des Schockraums
- Verbesserung der technischen Sicherheit im Umgang mit elektronischen Geräten



- Einarbeitungskonzepte optimiert
- Aufrüstung von sicherheitsrelevanten, pflegerischen Arbeitsmaterial

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

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

### A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

#### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienekommission: ja

##### Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Prof. Dr. Matthias Strittmatter  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt / Neurologie, Neurologische Frühreha und Stroke Unit  
 Telefon: +49(0)6861/705-1650  
 Telefax: +49(0)6861/705-1686  
 E-Mail: m.strittmatter@mzg.shg-kliniken.de

##### Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: bei Bedarf

## A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

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

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

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

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

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

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

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor: ja

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

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

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z. B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener / adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft: ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

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

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

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 25 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke <sup>1</sup>	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

<sup>1</sup> [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS ITS-KISS OP-KISS	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRSaar Netzwerk	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	Teilnahme seit 2016
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygiene-bezogenen Themen		

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

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<p>Ulrich Kiefer Qualitäts- und Risikomanager Telefon: +49(0)6861/705-1627 Telefax: +49(0)6861/705-1810 E-Mail: u.kiefer@mzg.shg-kliniken.de</p> <p>Ingrid Quinten Abt.-Ltg. Administrative Patientenaufnahme Telefon: +49(0)6861/705-1200 Telefax: +49(0)6861/705-1210 E-Mail: i.quinten@mzg.shg-kliniken.de</p> <p>Ingrid Reinert Sekretariat Verwaltungsdirektion Telefon: +49(0)6861/705-1141 Telefax: +49(0)6861/705-1637 E-Mail: sekretariat.verwaltung@mzg.shg-kliniken.de</p> <p>Silvia Bernardi Abt.-Ltg. Sozialdienst Telefon: +49(0)6861/705-1835 Telefax: +49(0)6861/705-1934 E-Mail: s.bernardi@mzg.shg-kliniken.de</p>

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Hemgesberg Robert Ehrenamtlicher Patientenfürsprecher Telefon: +49(0)6861/705-0 E-Mail: r.hemgesberg@mzg.shg-kliniken.de
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	In 2017 Einweiserbefragung gemacht

### 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

Es ist kein zentrales Gremium / keine zentrale Arbeitsgruppe eingerichtet, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.

#### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name:

Funktion / Arbeitsschwerpunkt:

Telefon:

E-Mail:

#### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

#### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittel-anamnese – 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.

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input type="checkbox"/>	CT-Angiographie
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	---- <sup>2</sup>	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<input checked="" type="checkbox"/>	Argon Beamer

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input type="checkbox"/>	Wird durch benachbarte kooperierende Praxis organisiert und durchgeführt
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	--- <sup>2</sup>	

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

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

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung, welcher das Krankenhaus zugeordnet ist

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

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

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

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:



## **B** Fachabteilungen



- 1 34 Klinik für Innere Medizin
- 2 40 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
- 3 47 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie / BG
- 4 56 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- 5 62 Klinik für Neurologie, Stroke Unit und Frührehabilitation Phase B
- 6 67 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit dazugehöriger Institutsambulanz
- 7 71 Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit dazugehöriger Institutsambulanz
- 8 75 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 9 79 Abteilung für Palliativmedizin

## **B-1 Klinik für Innere Medizin**

### **B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Klinik für Innere Medizin  
Schlüssel: Innere Medizin (0100)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: +49(0)6861/705-0  
Telefax: +49(0)6861/705-1637  
E-Mail: info@mzg.shg-kliniken.de

### **Chefärztinnen und Chefarzte**

Name: Dr. Rainer Breit  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt / Innere Medizin und Kardiologie  
Telefon: +49(0)6861/705-1441  
Telefax: +49(0)6861/705-1456  
E-Mail: sekretariat.inneremedizin1@mzg.shg-kliniken.de  
Straße:  
PLZ / Ort:

Name: Dr. Peter Henkel  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt / Innere Medizin und Gastroenterologie  
Telefon: +49(0)6861/705-1301  
Telefax: +49(0)6861/705-1302  
E-Mail: sekretariat.inneremedizin2@mzg.shg-kliniken.de  
Straße:  
PLZ / Ort:

### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI27	Spezialsprechstunde	Morbus Crohn und Collitis Ulcerosa
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI35	Endoskopie	Doppelballonuntersuchung
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	

#### B-1.4 [unbesetzt]

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

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

#### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

#### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

##### Gastroenterologische Ambulanz

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

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

##### Ambulanz Dr. J. Blistein

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

Erläuterung: Kontrolle Herzschrittmacher

### Ambulanz Dr. Henkel

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

### Ambulanz Dr. R. Breit

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung
Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

### Ambulanz Dr. R. Breit

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

Erläuterung: Belastung- u. Langzeit-EKG, Transösophageale Echokardiographie, amb. Spiroergometrie, Bestimmung Blutgase und Säure-Basen-Haushalt, Einschwemm-Rechtsherzkatheter, Temporäre transvenöse Elektrostimulation und Ableitung des Herzens, Messung von Herzzeitvolumen mittels Thermodilutionsmethode

### Ambulanz Dr. R. Breit

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

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

#### B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

#### B-1.11 Personelle Ausstattung

##### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 90% zu 10% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verteilung 90/10 (stationär/ambulant). Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 90% zu 10% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 90% zu 10% (stationär/ambulant). Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF34	Proktologie	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Fachkunde "Notfalldiagnostik" in der Röntgendiagnostik

#### B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

#### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

#### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	Grundkurs
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP20	Palliative Care	

## B-2 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

### B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
 Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1500)  
 Art: Hauptabteilung  
 Telefon: +49(0)6861/705-0  
 Telefax: +49(0)6861/705-1637  
 E-Mail: info@mzg.shg-kliniken.de

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Guy Sinner  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt / Allgemein- und Viszeralchirurgie  
 Telefon: +49(0)6861/705-1361  
 Telefax: +49(0)6861/705-1366  
 E-Mail: sekretariat.chirurgie@mzg.shg-kliniken.de  
 Straße:  
 PLZ / Ort:

Name: Dr. Matthias Schelden  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt / Allgemein- und Viszeralchirurgie  
 Telefon: +49(0)6861/705-1361  
 Telefax: +49(0)6861/705-1366  
 E-Mail: sekretariat.chirurgie@mzg.shg-kliniken.de  
 Straße:  
 PLZ / Ort:

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

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

Ja

### B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe	
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie	
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie	
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie	
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie	
VC60	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie	
VC61	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation	
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie	
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie	
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie	
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie	
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie	
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde	Dialyse- Shunt- und MIC- Sprechstunde
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen	
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin	

**B-2.4 [unbesetzt]**

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

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

**B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:

**B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

**Prof. Dr. med. G. Sinner**

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

Erläuterung: alle chirurgischen, konservativen und ambulanten Verfahren bei Verletzungen, Abnutzungen oder Entzündungen und chirurgischen Notfällen

Angebotene Leistung
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Dialyseshuntchirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen

Angebotene Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie

### Prof. Dr. med. G. Sinner

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene Leistung
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Dialyseshuntchirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

Angebotene Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
Allgemein: Spezialsprechstunde
Allgemein: Arthroskopische Operationen

**Dr. med. M. Schelden**

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene Leistung
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
Allgemein: Spezialsprechstunde

**Prof. Dr. med. G. Sinner / Dr. med. M. Schelden**

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

**B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

**B-2.11 Personelle Ausstattung**

**B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 90% zu 10% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 90% zu 10% (stationär/ambulant)
Davon Fachärztinnen und Fachärzte		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 90% zu 10% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 90% zu 10% (stationär/ambulant). Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF28	Notfallmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

#### B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

#### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	Grundkurs
ZP19	Sturzmanagement	

## B-3 Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie / BG

### B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie / BG  
 Schlüssel: Unfallchirurgie (1600)  
 Art: Hauptabteilung  
 Telefon: +49(0)6861/705-0  
 Telefax: +49(0)6861/705-1637  
 E-Mail: info@mzg.shg-kliniken.de

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Klaus Johann  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt / Orthopädie und Unfallchirurgie  
 Telefon: +49(0)6861/705-1391  
 Telefax: +49(0)6861/705-1392  
 E-Mail: k.johann@mzg.shg-kliniken.de  
 Straße:  
 PLZ / Ort:

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

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

Ja

## B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie	
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie	
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	Ästhetische bzw. plastische Chirurgie wird nur bedingt angeboten. Große Muskelplastiken werden im Klinikum nicht durchgeführt.
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie	
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie	
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie	
VC48	Neurochirurgie: Chirurgie der intraspinalen Tumoren	Tumore die nicht vom Myelon ausgehen.
VC49	Neurochirurgie: Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	
VC53	Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde	
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen	
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Allgemein: Notfallmedizin	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
V013	Spezialsprechstunde	
V014	Endoprothetik	
V015	Fußchirurgie	
V016	Handchirurgie	
V017	Rheumachirurgie	Versorgung der großen Gelenke (Knie und Hüfte).
V018	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
V019	Schulterchirurgie	
V020	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
V021	Traumatologie	

**B-3.4 [unbesetzt]**

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

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

**B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:

**B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****Chefarzt Klaus Johann**

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

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Arthropathien
Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
Endoprothetik
Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
Schulterchirurgie
Sportmedizin/Sporttraumatologie
Traumatologie
Metall-/Fremdkörperentfernungen
Wirbelsäulenchirurgie
Arthroskopische Operationen

**Chefarzt Klaus Johann**

Art der Ambulanz: Privatambulanz

**Chefarzt Klaus Johann**

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Erläuterung: Ärztlicher Leiter der berufsgenossenschaftlichen Versorgung: Prof. Dr. Tim Pohlemenn. Ständiger Vertreter: Prof. Dr. Werner Knopp

**Chefarzt Klaus Johann**

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

**B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-3.11 Personelle Ausstattung****B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		BG-Arzt aus der Universitätsklinik des Saarlandes
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant). Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		BG-Arzt aus der Universitätsklinik des Saarlandes
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant). Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	Zusatzweiterbildung des BG-Arztes
ZF12	Handchirurgie	Zusatzweiterbildung des BG-Arztes
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	Zusatzweiterbildung des BG-Arztes
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	Zusatzweiterbildung des BG-Arztes
ZF44	Sportmedizin	

**B-3.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP09	Kontinenzmanagement	Grundkurs
ZP16	Wundmanagement	

## B-4 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

### B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe  
 Schlüssel: Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2400)  
 Art: Gemischte Haupt- und Belegabteilung  
 Telefon: +49(0)6861/705-0  
 Telefax: +49(0)6861/705-1637  
 E-Mail: info@mzg.shg-kliniken.de

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. Peter Sammel  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt / Gynäkologische Onkologie u. spezielle Geburtshilfe und Perinatologie  
 Telefon: +49(0)6861/705-1471  
 Telefax: +49(0)6861/705-1480  
 E-Mail: p.sammel@mzg.shg-kliniken.de  
 Straße:  
 PLZ / Ort:

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

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

Ja

### B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

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



Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde
VG16	Urogynäkologie
VG19	Ambulante Entbindung

#### **B-4.4 [unbesetzt]**

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

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

#### **B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:

#### **B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

**Dr. med. Peter Sammel**

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
 Erläuterung: Alle geburtshilflichen und vorgeburtlichen Leistungen

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
Endoskopische Operationen
Inkontinenzchirurgie
Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
Pränataldiagnostik und -therapie
Betreuung von Risikoschwangerschaften
Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
Geburtshilfliche Operationen
Spezialsprechstunde
Urogynäkologie
Ambulante Entbindung

**Dr. med. P. Sammel**

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

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
Endoskopische Operationen
Inkontinenzchirurgie
Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
Pränataldiagnostik und -therapie
Betreuung von Risikoschwangerschaften

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
Geburtshilfliche Operationen
Spezialsprechstunde
Urogynäkologie
Ambulante Entbindung

### Dr. G. Kirch-Thinnes

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

### Dr. med. P. Sammel

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

### B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

**B-4.11 Personelle Ausstattung****B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 95% zu 5% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 95% zu 5% (stationär/ambulant) Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 95% zu 5% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 95% zu 5% (stationär/ambulant) Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

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

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF13	Homöopathie

**B-4.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	KinästhetikTrainerin

## B-5 Klinik für Neurologie, Stroke Unit und Frührehabilitation Phase B

### B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Klinik für Neurologie, Stroke Unit und Frührehabilitation Phase B  
 Schlüssel: Neurologie (2800)  
 Art: Hauptabteilung  
 Telefon: +49(0)6861/705-0  
 Telefax: +49(0)6861/705-1637  
 E-Mail: info@mzg.shg-kliniken.de

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Matthias Strittmatter  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt / Neurologie, Stroke Unit und Neurologische Frührehabilitation Phase B  
 Telefon: +49(0)6861/705-1651  
 Telefax: +49(0)6861/705-1686  
 E-Mail: m.strittmatter@mzg.shg-kliniken.de  
 Straße:  
 PLZ / Ort:

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

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

### B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	Kommentar / Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	Kommentar / Erläuterung
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuro-muskulären Synapse und des Muskels	Schwerpunkt "Haut und Muskelbiopsien"
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	10 Betten Neurologische Frührehabilitation Phase B
VN22	Schlafmedizin	Screening auf Schlaf-Apnoe-Syndrom
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	

#### **B-5.4 [unbesetzt]**

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

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

#### **B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:

**B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.



## B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Prof. Dr. med. M. Strittmatter

Art der Ambulanz:	Privatambulanz
Erläuterung:	Diagnostik und Therapie aller neurologischen Erkrankungen, Demenzabklärungen, Multiple Sklerose, Epilepsie-Behandlung, Morbus Parkinson, Muskelbiopsien und spezielle Schmerztherapie bei chronifizierten Schmerzzuständen

### Dr.med. D. Ostertag

Art der Ambulanz:	Privatambulanz
Erläuterung:	Botulintoxintherapie

### Prof. Dr. med. M. Strittmatter

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

## B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-5.11 Personelle Ausstattung

### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 95% zu 5% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 95% zu 5% (stationär/ambulant) Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 95% zu 5% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 95% zu 5% (stationär/ambulant) Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

**B-5.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP02	Bobath	
ZP08	Kinästhetik	Grundkurs
ZP16	Wundmanagement	

## B-6 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit dazugehöriger Institutsambulanz

### B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit dazugehöriger Institutsambulanz  
 Schlüssel: Allgemeine Psychiatrie (2900)  
 Art: Hauptabteilung  
 Telefon: +49(0)6861/705-0  
 Telefax: +49(0)6861/705-1637  
 E-Mail: info@mzg.shg-kliniken.de

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. Martin Kaiser  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt / Psychiatrie und Psychotherapie  
 Telefon: +49(0)6861/705-1701  
 Telefax: +49(0)6861/705-1690  
 E-Mail: m.kaiser@mzg.shg-kliniken.de  
 Straße:  
 PLZ / Ort:

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

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

Ja

### B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP14	Psychoonkologie	In Kooperation mit der Palliativmedizin
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

**B-6.4 [unbesetzt]**

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

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

**B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:

**B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

**Dr. med. M. Kaiser**

Art der Ambulanz:

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Erläuterung:

Ambulante Behandlung in der psychiatrischen Versorgung

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
Psychosomatische Komplexbehandlung
Psychoonkologie
Psychiatrische Tagesklinik
Psychosomatische Tagesklinik

**Dr. med. M. Kaiser**

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
 Erläuterung: Ambulante Behandlung in der psychiatrischen Versorgung

**Dr. med. M. Kaiser**

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

**B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-6.11 Personelle Ausstattung****B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant) Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		
– davon ambulante Versorgungsformen		

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

**B-6.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	Grundkurs
ZP25	Gerontopsychiatrie	

**B-6.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-7 Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit dazugehöriger Institutsambulanz

### B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit dazugehöriger Institutsambulanz  
 Schlüssel: Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (2960)  
 Art: Hauptabteilung

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Martin Kaiser  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt / Psychiatrie und Psychotherapie  
 Telefon: +49(0)6861/705-1701  
 Telefax: +49(0)6861/705-1690  
 E-Mail: m.kaiser@mzg.shg-kliniken.de  
 Straße:  
 PLZ / Ort:

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

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

### B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	In Kooperation mit der Palliativmedizin
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

**B-7.4 [unbesetzt]**

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

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

**B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:

**B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****Psychiatrische Institutsambulanz**

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Erläuterung: Ambulante Komplexleistungen in der psychiatrischen Versorgung

**B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-7.11 Personelle Ausstattung****B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden



	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant) Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 80% zu 20% (stationär/ambulant) Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

#### B-7.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

#### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	Grundkurs
ZP25	Gerontopsychiatrie	

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-8 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

### B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  
 Schlüssel: Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (3060)  
 Art: Hauptabteilung  
 Telefon: +49(0)6861/705-0  
 Telefax: +49(0)6861/705-1637  
 E-Mail: info@mzg.shg-kliniken.de

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. Eva Moehler  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarztin / Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
 Telefon: +49(0)6861/705-1751  
 Telefax: +49(0)6861/705-1752  
 E-Mail: e.moehler@sb.shg-kliniken.de  
 Straße:  
 PLZ / Ort:

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

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

Ja

### B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP15	Psychiatrische Tagesklinik

### B-8.4 [unbesetzt]

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

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

### **B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:

### **B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### **B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche

Art der Ambulanz:	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
Erläuterung:	Einleitung teil- und vollstationäre Behandlung, ambulante Nachsorge Durchführung von Diagnostik und Therapie bei psychischen Störungen im Kindes und Jugendalter.

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
Psychiatrische Tagesklinik
Psychosomatische Tagesklinik

## B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-8.11 Personelle Ausstattung

### B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 50% zu 50% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 50% zu 50% (stationär/ambulant) Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Davon Fachärztinnen und Fachärzte		
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis		
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis		
– davon stationäre Versorgung		Verhältnis 75% zu 25% (stationär/ambulant)
– davon ambulante Versorgungsformen		Verhältnis 75% zu 25% (stationär/ambulant) Zur ambulanten Versorgung steht immer ein Assistenz- sowie ein Facharzt zur Verfügung

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

**B-8.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	Grundkurs

**B-8.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-9 Abteilung für Palliativmedizin

### B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Palliativmedizin  
 Schlüssel: Palliativmedizin (3752)  
 Art: Hauptabteilung  
 Telefon: +49(0)6861/705-0  
 Telefax: +49(0)6861/705-1637  
 E-Mail: info@mzg.shg-kliniken.de

### Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Peter Henkel  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt / Innere- und Palliativmedizin  
 Telefon: +46(0)6861/705-1301  
 Telefax: +49(0)6861/705-1302  
 E-Mail: p.henkel@mzg.shg-kliniken.de  
 Straße:  
 PLZ / Ort:

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

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

### B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI38	Palliativmedizin
VI40	Schmerztherapie

### B-9.4 [unbesetzt]

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

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

**B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl:

**B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-9.11 Personelle Ausstattung**

**B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF34	Proktologie



## B-9.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	Grundkurs
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP20	Palliative Care	



# C Qualitätssicherung

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

### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate
Gynäkologische Operationen	108	100,00%
Geburtshilfe	510	100,00%
Hüftgelenknahe Femurfraktur	48	100,00%
Mammachirurgie	5	100,00%
Dekubitusprophylaxe	152	100,00%
Hüftendoprothesenversorgung	199	100,00%
– Hüftendoprothesenimplantation	187	100,00%
– Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	14	100,00%
Knieendoprothesenversorgung	129	100,00%
– Knieendoprothesenimplantation	119	100,00%
– Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	10	100,00%
Neonatalogie (sog. Neonatalerhebung)	< 4	
Ambulant erworbene Pneumonie	196	100,00%

### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauensbereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Ambulant erworbene Pneumonie: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	96,72 % 96,65 – 96,79	≥ 95,00 %	97,44 % ○ 94,14 – 98,9	R10 ↻ 190 /195 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 95)	98,57 % 98,51 – 98,63	-	100 % 96,63 – 100	- 110 /110 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	95,26 % 95,17 – 95,35	≥ 90,00 %	98,28 % ○ 95,05 – 99,41	R10 ↻ 171 /174 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauensbereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Ambulant erworbene Pneumonie: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	98,59 % 98,54 – 98,63	≥ 95,00 %	96,94 % ○ 93,48 – 98,59	R10 ➡ 190 /196 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 95)	97,29 % 96,92 – 97,62	-	entf. entf.	- entf.
Ambulant erworbene Pneumonie: Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 95)	98,63 % 98,59 – 98,68	-	97,4 % 94,05 – 98,88	- 187 /192 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Frühmobilisation nach Aufnahme				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	94,24 % 94,11 – 94,37	≥ 90,00 %	93,41 % ○ 86,35 – 96,94	R10 ➡ 85 /91 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 95)	12,89 % 12,76 – 13,02	-	13,78 % 9,64 – 19,3	- 27 /196 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 95)	0,98 0,97 – 1	≤ 1,88 (95. Perzentil)	0,74 ○ 0,39 – 1,37	R10 ➡ 9 /177 (6,87)
Ambulant erworbene Pneumonie: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	96,04 % 95,94 – 96,13	≥ 95,00 %	99,1 % ○ 95,07 – 99,84	R10 ➡ 110 /111 (entf.)
Geburtshilfe: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 1 (S. 94)	97,43 % 97,05 – 97,76	≥ 95,00 %	entf. entf.	R10 ○ entf.
Geburtshilfe: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 1 (S. 94)	97,2 % 96,99 – 97,4	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Geburtshilfe: Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 95)	0,23 % 0,22 – 0,24	-	entf. entf.	- entf.
Geburtshilfe: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 1 (S. 94)	0,31 % 0,22 – 0,44	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 35,43	R10 ↻ 0 / 7 (entf.)
Geburtshilfe: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung ja / Hinweis 1 (S. 94)	99,09 % 99,05 – 99,12	≥ 90,00 %	100 % ○ 97,86 – 100	R10 ↻ 176 / 176 (entf.)
Geburtshilfe: Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,89 0,82 – 0,96	≤ 3,35 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 9,5	R10 ↻ 0 / 333 (0,12)
Geburtshilfe: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 5 (S. 96)	1,06 1,03 – 1,09	≤ 2,32	0,85 ○ 0,29 – 2,48	R10 ↻ entf.
Geburtshilfe: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH- Bestimmung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,96 0,86 – 1,07	≤ 4,69 (95. Perzentil)	23,14 ○ 4,13 – 98,3	U32 ↻ entf.
Geburtshilfe: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 96)	1,01 0,96 – 1,06	-	0,95 0,16 – 5,24	- entf.
Geburtshilfe: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	1 0,99 – 1	≤ 1,24 (90. Perzentil)	1,13 ○ 1 – 1,27	R10 ↻ 175 / 506 (30,61)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauensbereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	19,59 % 18,95 – 20,25	≤ 45,00 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	1,09 % 1 – 1,19	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 11,35	R10 ➡ 0 /30 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 1 (S. 94)	0,94 % 0,85 – 1,04	≤ 5,00 %	0 % ○ 0 – 11,03	R10 ➡ 0 /31 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	88,38 % 88,06 – 88,69	≥ 75,00 % (5. Perzentil)	84,62 % ○ 66,47 – 93,85	R10 ➡ 22 /26 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	2,81 % 2,71 – 2,91	≤ 6,15 % (90. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,97 0,91 – 1,03	≤ 4,18	0 ○ 0 – 5,54	R10 ➡ 0 /84 (0,79)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 95)	13,38 % 12,39 – 14,43	-	entf. entf.	- entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 95)	11,32 % 10,15 – 12,6	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTiG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauensbereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 1 (S. 94)	7,85 % 7,45 – 8,27	≤ 20,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Hüftendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	1,46 % 1,4 – 1,51	≤ 5,59 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Hüftendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	6,34 % 5,99 – 6,71	≤ 17,60 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 25,88	R10 ➡ 0 / 11 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	93,81 % 93,46 – 94,13	≥ 86,00 %	93,33 % ○ 70,18 – 98,81	R10 ➡ 14 / 15 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	97,6 % 97,53 – 97,67	≥ 90,00 %	99,11 % ○ 95,12 – 99,84	R10 ➡ 111 / 112 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Präoperative Verweildauer				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	12,61 % 12,35 – 12,89	≤ 15,00 %	10,39 % ○ 5,36 – 19,18	R10 ➡ 8 / 77 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	2,33 % 2,26 – 2,4	≤ 7,45 % (95. Perzentil)	8,04 % ○ 4,29 – 14,57	A41 ⚠ 9 / 112 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	4,45 % 4,29 – 4,63	≤ 11,06 % (95. Perzentil)	5,13 % ○ 2,01 – 12,46	R10 ➡ 4 / 78 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 7 (S. 96)	0,05 % 0,04 – 0,06	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 3,89	R10 ➡ 0 / 95 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauensbereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Hüftendoprothesenversorgung: Sturzprophylaxe				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	96,88 % 96,8 – 96,96	≥ 90,00 %	98,56 % ○ 94,91 – 99,6	R10 ⇌ 137 /139 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüft-Endoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	1,01 0,97 – 1,05	≤ 2,83 (95. Perzentil)	1,06 ○ 0,26 – 2,76	R10 ⇌ entf.
Hüftendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,97 0,95 – 1	≤ 2,07 (95. Perzentil)	1,17 ○ 0,7 – 1,85	R10 ⇌ 13 /77 (14,47)
Hüftendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,96 0,94 – 0,98	≤ 2,25 (95. Perzentil)	0,87 ○ 0,44 – 1,65	R10 ⇌ 8 /161 (5,74)
Hüftendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	1,03 0,99 – 1,07	≤ 2,25 (95. Perzentil)	1,08 ○ 0,3 – 3,08	R10 ⇌ entf.
Hüftendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 8 (S. 97)	0,99 0,95 – 1,02	-	0,96 0,45 – 1,98	- 6 /77 (8,08)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Präoperative Verweildauer				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	12,75 % 12,48 – 13,03	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	R10 ⇌ entf.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Sturzprophylaxe				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	97,01 % 96,85 – 97,15	≥ 90,00 %	100 % ○ 91,8 – 100	R10 ⇌ 43 /43 (entf.)



Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,94 0,92 – 0,97	≤ 2,15 (95. Perzentil)	0,8 ○ 0,37 – 1,58	R10 ➡ 6 / 48 (15,68)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	1,01 0,99 – 1,03	≤ 2,17 (95. Perzentil)	0,81 ○ 0,39 – 1,48	R10 ➡ 6 / 26 (28,34)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 96)	0,96 0,93 – 1	-	0,21 0,04 – 1,09	- entf.
Knieendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	1,26 % 1,2 – 1,31	≤ 4,70 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Knieendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	3,34 % 3,05 – 3,66	≤ 11,00 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 – 27,75	R10 ➡ 0 / 10 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	94,02 % 93,61 – 94,41	≥ 86,00 %	90 % ○ 59,58 – 98,21	R10 ➡ 9 / 10 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	97,95 % 97,87 – 98,02	≥ 90,00 %	98,15 % ○ 93,5 – 99,49	R10 ➡ 106 / 108 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	96,63 % 96,39 – 96,86	≥ 90,00 %	92,31 % ○ 66,69 – 98,63	R10 ➡ 12 / 13 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	99,75 % 99,73 – 99,78	≥ 98,46 % (5. Perzentil)	100 % ○ 97,26 – 100	R10 ➡ 108 / 108 (0)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauensbereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Knieendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	0,97 % 0,93 – 1,02	≤ 3,73 % (95. Perzentil)	3,31 % ○ 1,29 – 8,19	R10 ⇄ 4 /121 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	4,25 % 3,92 – 4,6	≤ 13,45 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ⇄ entf.
Knieendoprothesenversorgung: Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	0,04 % 0,03 – 0,05	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 3,05	R10 ⇄ 0 /122 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,91 0,85 – 0,98	≤ 4,24 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 8,7	R10 ⇄ 0 /126 (0,34)
Mammachirurgie: HER2-Positivitätsrate				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 9 (S. 97)	12,96 % 12,71 – 13,22	Nicht definiert	entf. ○ entf.	N02 ○ entf.
Mammachirurgie: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	96,93 % 96,74 – 97,11	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	R10 ⇄ entf.
Mammachirurgie: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 7 (S. 96)	99,45 % 99,33 – 99,54	≥ 95,00 %	entf. entf.	R10 ⇄ entf.
Mammachirurgie: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 7 (S. 96)	98,81 % 98,68 – 98,94	≥ 95,00 %	entf. entf.	R10 ⇄ entf.
Mammachirurgie: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	4,88 % 4,35 – 5,48	≤ 6,33 % (80. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Mammachirurgie: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	99,01 % 98,93 – 99,09	≥ 95,65 % (5. Perzentil)	100 % ○ 51,01 – 100	R10 ↻ 4 / 4 (entf.)
Mammachirurgie: Primäre Axilladisektion bei DCIS				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung nein / Hinweis 1 (S. 94)	0,11 % 0,06 – 0,22	Sentinel Event	entf. entf.	R10 ○ entf.
Mammachirurgie: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	97,68 % 97,56 – 97,78	≥ 95,00 %	100 % ○ 51,01 – 100	R10 ⚡ 4 / 4 (entf.)
Mammachirurgie: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	3,31 % 3,16 – 3,46	≤ 13,55 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ↻ entf.
Neonatologie: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 95)	5,65 % 5,15 – 6,19	-	entf. entf.	- entf.
Neonatologie: Durchführung eines Hörtests				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 7 (S. 96)	98,06 % 97,98 – 98,15	≥ 95,00 %	entf. entf.	N01 ○ entf.
Neonatologie: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 95)	3,28 % 2,87 – 3,75	-	entf. entf.	- entf.
Neonatologie: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 95)	3,25 % 2,93 – 3,61	-	entf. entf.	- entf.
Neonatologie: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 95)	1,71 % 1,49 – 1,97	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Neonatologie: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,98 0,93 – 1,03	≤ 2,08 (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Neonatologie: Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 7 (S. 96)	0,36 % 0,33 – 0,41	Sentinel Event	entf. ○ entf.	U32 ○ entf.
Neonatologie: Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 95)	4,04 % 3,68 – 4,43	-	entf. entf.	- entf.
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 96)	0,98 0,9 – 1,08	-	entf. entf.	- entf.
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 96)	0,97 0,87 – 1,08	-	entf. entf.	- entf.
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 96)	0,94 0,82 – 1,07	-	entf. entf.	- entf.
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)				
Qualitätsindikator / QSKH ja / Hinweis 5 (S. 96)	1,01 0,96 – 1,06	≤ 2,70 (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 96)	0,8 0,69 – 0,91	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauensbereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,89 0,84 – 0,95	≤ 2,25 (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	1,04 1,01 – 1,08	≤ 2,27 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 15,14	R10 ○ entf.
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 96)	0,94 0,86 – 1,02	≤ 2,70 (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Neonatologie: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 96)	1,01 0,92 – 1,11	-	entf. entf.	- entf.
Neonatologie: Zunahme des Kopfumfangs				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 94)	9,89 % 9,43 – 10,38	≤ 22,38 % (95. Perzentil)	entf. entf.	N01 ○ entf.
Pflege: Dekubitusprophylaxe: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 2				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 95)	0,31 % 0,3 – 0,31	-	0,14 % 0,09 – 0,23	- 17 /12.087 (entf.)
Pflege: Dekubitusprophylaxe: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 3				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 95)	0,06 % 0,05 – 0,06	-	entf. entf.	- entf.
Pflege: Dekubitusprophylaxe: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 7 (S. 96)	0 % 0 – 0,01	Sentinel Event	entf. ○ entf.	U32 ↻ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauensbereich	Ref.-Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauensbereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Pflege: Dekubitusprophylaxe: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/ Kategorie 1)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 95)	0,99 0,98 – 1	≤ 2,13 (95. Perzentil)	0,53 ☹ 0,35 – 0,81	R10 ☹ 22 /12.087 (0,34)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 1	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierem Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierem Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a> 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 unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 2	<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: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></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 unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
Hinweis 3	<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: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p>
Hinweis 4	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 5	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a>&lt;LF&gt;&lt;LF&gt;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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a>&lt;LF&gt;&lt;LF&gt;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 unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
Hinweis 6	<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: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a>&lt;LF&gt;&lt;LF&gt;Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a>&lt;LF&gt;&lt;LF&gt;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 unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
Hinweis 7	<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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p>



Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 8	<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: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf</a></p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p>
Hinweis 9	<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 unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>

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

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

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

Leistungsbereich
Koronare Herzkrankheit (KHK)
Chronische Herzinsuffizienz
Asthma bronchiale
Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

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

Frühzeitige Rehabilitation – Physiotherapie/Ergotherapie	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Rehabilitation – Physiotherapie/Ergotherapie
Ergebnis	91,7%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥90%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 94,5%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Frühzeitige Rehabilitation – Logopädie	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Rehabilitation – Logopädie
Ergebnis	86,4%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥90%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 93,9%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Anteil der Patienten mit Bildgebung ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis – Aufnahme" ≤ 4 Stunden	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anteil der Patienten mit Bildgebung ≤ 30 Minuten bei Intervall "Ereignis – Aufnahme" ≤ 4 Stunden
Ergebnis	78,8%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥ 70%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 66,4%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Frühe systemische Lyse	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe systemische Lyse
Ergebnis	62,0%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥35%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 42,5%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Antithrombotische Therapie – Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antithrombotische Therapie – Antikoagulation bei Vorhofflimmern als Sekundärprophylaxe
Ergebnis	91,1%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥80%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 89,5%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Frühzeitige Mobilisierung	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühzeitige Mobilisierung
Ergebnis	94,6%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥90%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 93,2%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hirngefäßdiagnostik innerhalb von 48 Stunden bei Hirninfarkt und TIA
Ergebnis	98,0%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥90%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 92,3%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Door-to-needle time	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Door-to-needle time
Ergebnis	95,7%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥90%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 86,9%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Behandlung auf einer Stroke Unit	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung auf einer Stroke Unit
Ergebnis	89,7%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥85%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 92,6%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Entlassziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entlassziel Rehabilitation von Patienten mit alltagsrelevanten Behinderungen
Ergebnis	79,4%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥70%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 76,2%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Sekundärprävention – Antihypertensiva bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sekundärprävention – Antihypertensiva bei Entlassung bei Patienten mit Hirninfarkt
Ergebnis	97,6%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥95%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 96,4%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Sekundärprävention – Statingabe bei Entlassung	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sekundärprävention – Statingabe bei Entlassung
Ergebnis	94,7%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥80%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 82,9%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Vorhofflimmern-Diagnostik	
Leistungsbereich	Schlaganfall
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorhofflimmern-Diagnostik
Ergebnis	87,8%
Messzeitraum	01.01.2016 – 31.12.2016
Referenzbereiche	≥80%
Vergleichswerte	Gesamtprojekt: 91,3%
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

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

### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50		Kein einschlägiger Ausnahmegrund

### C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Für das Krankenhaus sind keine Mindestmengenrelevanten Leistungen im Prognosejahr geplant.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Trifft nicht zu bzw. entfällt.



# D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

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

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

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

#### 1. Wir sind ein Dienstleistungsunternehmen

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

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

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

#### 3. Engagierte MitarbeiterInnen sind unser größtes Kapital

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

#### 4. Fachkompetenz ist unverzichtbar

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

#### 5. Es kommt auf jeden an

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



#### 6. Wir praktizieren eine kooperative Führung

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

#### 7. Wir sind verlässlicher Partner

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

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

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

#### 9. Wir stellen uns dem Gebot der Wirtschaftlichkeit

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

#### 10. Unternehmensgrundsätze wollen gelebt sein

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

### Leitbild der Klinikum Merzig gGmbH

Das Leitbild der Klinikum Merzig gGmbH ergänzt seit 2006 die konzernweiten Unternehmensgrundsätze und berücksichtigt die Besonderheiten unserer Kliniken mit den speziellen, auf unsere Patienten ausgerichteten Behandlungs- und Betreuungsangeboten.

Als das Krankenhaus der Region möchten wir den Menschen neben einer fachlich fundierten Basisversorgung auch ein kompetentes Zentrum mit medizinischen Schwerpunkten zur Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit sein. Wir bieten unseren Patienten ein hohes medizinisches und pflegerisches Niveau bei der Behandlung, Betreuung und Beratung.

#### Bekanntnisse zu Grundwerten

Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht der Mensch, wobei wir Gesundheit, Wohlbefinden, Achtung, individuelle Bedürfnisse und Fähigkeiten sowie die religiöse Überzeugung und Einstellung berücksichtigen und achten. Auch in den Fällen, bei denen die medizinische Versorgung an ihre Grenzen stößt, begleiten wir unsere Patienten sowie deren Angehörige.

#### Mitarbeiter sind uns wichtig

Wir bringen unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Wertschätzung in ihrer Persönlichkeit und ihren speziellen Fähigkeiten entgegen. Sicherheit, Gesundheitsschutz sowie Umweltschutz gehören ebenso dazu, wie engagiertes, verantwortungsbewusstes und kompetentes Handeln aller Mitarbeiter. Die Nachwuchssicherung in allen Bereichen erfolgt durch eine fachlich hochwertige und praxisnahe Ausbildung. Wir leben einen kooperativen Führungsstil und achten auf respektvolle Umgangsformen. Unsere strategischen Ziele orientieren sich am medizinischen Fortschritt und an der demographischen Entwicklung. Wir erreichen diese durch kontinuierliche Verbesserung unserer strukturellen Voraussetzungen sowie zielgerichtete Mitarbeiterqualifikation.

### Versorgungskonzepte

Wir bieten zukunftsorientierte Lösungen für die Bereiche Prävention, medizinische Versorgung, Rehabilitation und Palliativmedizin. Im Sinne der umfassenden Behandlung und Betreuung unserer Patienten pflegen wir eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, Hebammen, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sowie den Kostenträgern.

### Dienstleistung und Qualität

Wir stellen uns, gerade in Zeiten grundlegender Veränderungen, den gesellschaftlichen Anforderungen, indem wir sowohl soziale als auch kulturelle Entwicklungen erkennen, und im Rahmen unserer Möglichkeiten darauf Einfluss nehmen. Dabei berücksichtigen wir bei Geschäftsbeziehungen die Unternehmen der Region und beteiligen uns an gesundheitsfördernden Aktionen. Da wir ein zukunftsorientiertes Unternehmen sind, wollen wir auch weiterhin der Bedeutung für die Region Rechnung tragen und als Arbeitgeber attraktiv sein. Hierbei achten wir auf einen nachhaltigen Umgang mit der Umwelt und den eingesetzten Ressourcen.

### Unternehmenskultur

Wir gehen offen mit den eigenen Grenzen um und verstehen uns als lernende Institution mit konstruktiver Fehler- und Streitkultur. Fehler werden als Quelle für Verbesserungsmaßnahmen genutzt. Unsere Arbeit ist multiprofessionell und teamorientiert. Qualität und Durchdringung interner Abläufe werden überprüft. Alle Maßnahmen werden dokumentiert. Die Ergebnisse unserer Arbeit lassen wir in regelmäßigen Zeitabständen prüfen und zertifizieren.

## D-2 Qualitätsziele

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

Sie umfassen:

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

## D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

### Hausinterne Organisation

Auf Klinikumsebene besteht ein verantwortlicher QM-Steuerkreis bestehend aus dem Klinikdirektorium, Betriebsrat und dem Qualitätsmanager. Der Qualitätsmanager (QM) als zentraler QM-Projektverantwortlicher bildet die Schnittstelle zum Klinikdirektorium und ist verantwortlich für die Umsetzung und Koordination der Qualitätsmanagement-Maßnahmen.

Der QM-Steuerkreis hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

1. die jährlichen Qualitätsziele zu definieren, zu priorisieren und die daraus resultierenden Projekte zu initiieren sowie die Zielerreichung zu hinterfragen
2. Selbstbewertungen durch zu führen
3. Zertifizierungsverfahren zu begleiten
4. Vorschläge zur Ernennung von Arbeitsgruppenmitgliedern, Projektteilnehmern u. Projektleiter zu machen
5. Projektergebnisse und Lösungsvorschläge der Abteilungen / Bereiche und Arbeitsgruppen zu beurteilen
6. Gesetzliche Regelungen zum Qualitätsmanagement umzusetzen

Zum Aufbau des umfassenden Qualitätsmanagements wurden ebenfalls Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen als Qualitätsmanagement-Multiplikatoren (QMM) etabliert. Sie sind auf den Stationen und Abteilungen Ansprechpartner für den Qualitätsmanager und nehmen QM-Aufgaben wahr.

### Organisation auf Konzernebene

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

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

## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im Klinikum Merzig wurde im Jahr 2002 ein strukturiertes Qualitätsmanagement nach dem EFQM- Modell eingeführt. Hierbei wurden alle verantwortlichen Führungskräfte des Krankenhauses einschließlich der Mitarbeitervertretung zu den Inhalten des EFQM- Modells sowie zu EFQM- Assessoren ausgebildet.

Zahlreiche Instrumente des Qualitätsmanagements werden mit dem Ziel einer verbesserten Patienten- sowie Mitarbeiterorientierung eingesetzt.

Im Folgenden wird eine Auswahl vorgestellt:

1. KTQ Erstzertifizierung 2005 mit erfolgreichen Rezertifizierungen. Grundidee von KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) ist es, ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren zu entwickeln, das anhand von in Kriterien gegliederten Fragen, die Qualität von Eigenschaften und Merkmalen der Patientenversorgung im Krankenhaus abfragt.
2. Systematische und unabhängige Befragung von stationären Patienten mit speziellen Fragebögen, gegliedert in die allgemeine stationäre Versorgung, Schwangerschaft und Risikomanagement führen wir regelmäßig mit professioneller externer Begleitung durch. Alle Anregungen unserer Patienten nehmen wir ernst, und würdigen konstruktive Kritik als eine Beratung. Durch die sich wiederholenden Patientenbefragungen lässt sich die Wirkung der von uns eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen überprüfen.
3. Strukturierte Risikoanalysen haben wir bereits in allen medizinischen Bereichen durchgeführt. Ziel einer solchen Untersuchung ist es, fundierte Kenntnisse über die gesamten Prozessabläufe zu erhalten. Dies gelingt durch externe professionelle Fachkräfte für Risikoberatung. Die hierbei identifizierten Risiken werden konsequent beurteilt, wobei unmittelbar Verbesserungspotenziale abgeleitet werden, die im Rahmen eines kontinuierlichen Qualitätsmanagementprozesses umgesetzt werden.
4. Die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ist Mitglied im Traumanetzwerk-Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz und als lokales Traumazentrum zertifiziert.
5. Unsere Stroke-Unit ist nach den Kriterien der DSG (Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft) zertifiziert.
6. Ein systematisches Beschwerdemanagement und ein betriebliches Vorschlagswesen sind implementiert, mit dem Ziel, die Servicequalität stetig zu steigern und damit die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie die Einweiserzufriedenheit zu erhöhen.
7. Die Zufriedenheit unserer einweisenden Ärzte hinsichtlich der Zusammenarbeit mit uns ermitteln wir ebenfalls in regelmäßigen Abständen durch eine differenzierte Einweiserbefragung. Die Verantwortung für die Umsetzung der aus den Ergebnissen abgeleiteten Maßnahmen liegt bei den ärztlichen Führungskräften der medizinischen Fachabteilungen.
8. Zur Steuerung fassen wir ausgewählte Qualitätskennzahlen in einem Kennzahlensystem zusammen. Die konkrete Formulierung von Zielen und eine kontinuierliche Überwachung der Kennzahlen ermöglichen dem Qualitätsmanagement zeitnah die gewünschte Entwicklung zu erkennen und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen einzuleiten.
9. Regelmäßig werden in allen medizinischen Fachabteilungen des Klinikums interne sowie externe Audits durchgeführt. Bei den internen Begehungen überprüfen Mitarbeiter des Qualitätsmanagements, inwieweit gesetzliche Anforderungen und krankenhauserne Regelungen von den Mitarbeitern umgesetzt werden. Die Ergebnisse werden schriftlich in einem abteilungsspezifischen Maßnahmenplan festgehalten und gemeinsam mit den Beteiligten systematisch bearbeitet.

### D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

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

Im Folgenden wird eine Auswahl vorgestellt:

#### Multimodales Schmerzzentrum

Implementierung von 6 Schwerpunktbetten für die multimodale Schmerztherapie im Bereich der Neurologie mit speziellem Therapie- und Schmerzkonzept.

### Parkinson-Schwerpunkt

Einführung einer 4 Betten Sektor übergreifenden Komplexbehandlung mit fokussierter Parkinsonbehandlung. Im Zuge der Einführung wurde eine deutliche Verbesserung der multiprofessionellen Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten erreicht.

### Reorganisation OP-Prozess

Projekt mit dem Ziel den OP-Prozess zu reorganisieren. Im Verlauf des Projekts wurden die Aufgaben und Kompetenzen des OP-Koordinators neu definiert und ein neues OP-Statut erarbeitet und verabschiedet.

### Einführung Case-Management

In den Bereichen Neurologie und Orthopädie wurde jeweils eine Case-Managerin etabliert mit dem Ziel der besseren Belegungssteuerung, Koordination von Diagnostik, Therapie und Pflege über Behandlungsstandards und -pfade sowie eine bessere Effizienz und Leistungserbringung.

### Umbau und Reorganisation der Zentralen Patientenaufnahme

Oberstes Ziel des Projekts war die Steigerung der Patientenzufriedenheit, die Reduzierung der Wartezeiten und die Optimierung von Abläufen. Durch Umbaumaßnahmen wurde ein angenehmeres Ambiente geschaffen. Ein elektronisches Leitsystem sorgt parallel für die schnelle Weiterleitung des Patienten im Aufnahmeprozess.

## D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

- Erstzertifizierung der Klinik nach dem KTQ- Verfahren im Jahre 2005 mit erfolgreichen Rezertifizierungen im 3 Jahre Abstand
- Zertifizierung der Stroke- Unit nach den Kriterien der DSG (Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft). Die letzte Rezertifizierung fand im Dezember 2017 statt.
- Zertifizierung der Orthopädie/Unfallchirurgie nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) als lokales Traumazentrum im Traumanetzwerk-Saar-(Lor)-Lux- Westpfalz. Die nächste Zertifizierung ist für September 2018 terminiert.
- Regelmäßige Durchführung strukturierter Patientenbefragungen mit dem Picker-Institut sowie differenzierte Einweiserbefragungen
- Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen mit Great Place To Work®. Diese bieten dem Klinikum eine umfassende Standortbestimmung zur Unternehmensentwicklung und zur Weiterentwicklung unserer Unternehmens- und Führungskultur.
- Regelmäßige Durchführung von strukturierten Risikoanalysen durch die Gesellschaft für Risikoberatung (GRB) und unseren Versicherer (ERGO) in allen Fachbereichen. Auf der Grundlage detaillierter Risikoberichte werden Reorganisationsmaßnahmen zur Risikominimierung eingeleitet.
- Regelmäßige Analysen von Sturzereignissen und Arbeitsunfällen mit Teilnahme an einem SHG-internen Benchmarking
- Ständige Qualitätsüberprüfungen durch interne und externe QM-Audits



# SHG: Saarland Heilstätten

## Kliniken

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

## Reha-Einrichtungen

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

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

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

## Seniorenzentrum

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

## Med. Versorgungszentren

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

## Gewerbliche Einrichtungen

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

## SHG Bildung gGmbH

mit den Standorten:

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

## Weitere Ausbildungstätten

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



## SHG-Kliniken Sonnenberg

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

## Fachgebiete

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

[www.shg-kliniken.de](http://www.shg-kliniken.de)



SHG-Klinik Halberg



SHG-Klinik Kleinblittersdorf



Zentrum für Altersmedizin Baumholder



Zentrum für psychiatrische Rehabilitation, ATZ/RPK



Zentrum für psychotherapeutische Rehabilitation



### SHG-Kliniken Völklingen

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

#### Fachgebiete

##### Herzzentrum Saar

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

##### Lungenzentrum Saar

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

##### Gefäßzentrum

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

##### Psychiatrisches Zentrum

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

##### Weitere Fachabteilungen

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



### Klinikum Idar-Oberstein GmbH

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

#### Fachgebiete

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



### Klinikum Merzig gGmbH

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

#### Fachgebiete

##### Chirurgie

Allgemeinchirurgie,  
Bauchchirurgie,  
Adipositaschirurgie

##### Orthopädie

Unfallchirurgie

##### Gynäkologie und Geburtshilfe

##### Klinik für Innere Medizin

Innere Medizin, Magen- und  
Darmerkrankungen,  
Palliativmedizin

##### Klinik für Neurologie

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

##### Psychiatrisches Zentrum

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

##### Weitere Fachabteilungen

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



SHG Bildung gGmbH



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



Saana Textilpflege GmbH



APOLOG Gesundheitslogistik



Seniorenzentrum  
von Fellenberg Stift





# Impressum

## Herausgeberin

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

## Klinik

Klinikum Merzig gGmbH  
Trierer Straße 148  
D-66663 Merzig  
Telefon +49(0)6861/705-0  
Fax +49(0)6861/705-1637  
info@mzg.shg-kliniken.de  
www.mzg.shg-kliniken.de

## Realisation

empira Software GmbH  
Kirchstraße 19  
D-53840 Troisdorf

## Bildnachweis

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

## Anmerkung

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

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



Trierer Straße 148  
D-66663 Merzig  
Telefon +49(0)6861/705-0  
[info@mzg.shg-kliniken.de](mailto:info@mzg.shg-kliniken.de)  
[www.mzg.shg-kliniken.de](http://www.mzg.shg-kliniken.de)

**Trägerin**  
Saarland-Heilstätten GmbH  
Sonnenbergstraße 10  
D-66119 Saarbrücken