



Strukturierter Qualitätsbericht 2023

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



Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	27
	Einleitung	28
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	31
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	31
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	31
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses	31
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	31
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	32
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	32
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	35
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	36
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	36
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	36
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	37
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	37
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	38
A-9	Anzahl der Betten	38
A-10	Gesamtfallzahlen	38
A-11	Personal des Krankenhauses	39
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	39
A-11.2	Pflegepersonal	40
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	41
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	42

A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	43
A-12.1	Qualitätsmanagement	43
A-12.1.1	Verantwortliche Person	43
A-12.1.2	Lenkungsremium	44
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	44
A-12.2.1	Verantwortliche Person	44
A-12.2.2	Lenkungsremium	44
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	44
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	46
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	46
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	47
A-12.3.1	Hygienepersonal	47
A-12.3.1.1	Hygienekommission	48
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	49
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	49
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	50
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	50
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	51
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	51
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	52
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	53
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	53
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	53
A-12.5.2	Verantwortliche Person	53
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	54

A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	54
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	55
A-13	Besondere apparative Ausstattung	56
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	57
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	57
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	57
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	57
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	57
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	58
B-[0100-GU_INN_I]	Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin	58
B-[0100-GU_INN_I].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[0100-GU_INN_I].1.1	Fachabteilungsschlüssel	58
B-[0100-GU_INN_I].1.2	Ärztliche Leitung	58
B-[0100-GU_INN_I].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	58
B-[0100-GU_INN_I].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	59
B-[0100-GU_INN_I].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[0100-GU_INN_I].6	Hauptdiagnosen nach ICD	61
B-[0100-GU_INN_I].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	62
B-[0100-GU_INN_I].6.2	Kompetenzdiagnosen	62
B-[0100-GU_INN_I].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	63
B-[0100-GU_INN_I].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	64
B-[0100-GU_INN_I].7.2	Kompetenzprozeduren	65
B-[0100-GU_INN_I].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	65
B-[0100-GU_INN_I].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	65

B-[0100-GU_INN_I].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	65
B-[0100-GU_INN_I].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	65
B-[0100-GU_INN_I].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	65
B-[0100-GU_INN_I].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	65
B-[0100-GU_INN_I].11	Personelle Ausstattung	66
B-[0100-GU_INN_I].11.1	Ärzte und Ärztinnen	66
B-[0100-GU_INN_I].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	66
B-[0100-GU_INN_I].11.1.2	Zusatzweiterbildung	66
B-[0100-GU_INN_I].11.2	Pflegepersonal	67
B-[0100-GU_INN_I].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	67
B-[0100-GU_INN_I].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	67
B-[0100-GU_INN_I].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	67
B-[0100-GU_INN_II]	Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen	68
B-[0100-GU_INN_II].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[0100-GU_INN_II].1.1	Fachabteilungsschlüssel	68
B-[0100-GU_INN_II].1.2	Ärztliche Leitung	68
B-[0100-GU_INN_II].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68
B-[0100-GU_INN_II].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	69
B-[0100-GU_INN_II].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-[0100-GU_INN_II].6	Hauptdiagnosen nach ICD	70
B-[0100-GU_INN_II].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	71
B-[0100-GU_INN_II].6.2	Kompetenzdiagnosen	71
B-[0100-GU_INN_II].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	71
B-[0100-GU_INN_II].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	73

B-[0100-GU_INN_II].7.2	Kompetenzprozeduren	73
B-[0100-GU_INN_II].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	74
B-[0100-GU_INN_II].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	74
B-[0100-GU_INN_II].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	74
B-[0100-GU_INN_II].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	74
B-[0100-GU_INN_II].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	75
B-[0100-GU_INN_II].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	76
B-[0100-GU_INN_II].11	Personelle Ausstattung	76
B-[0100-GU_INN_II].11.1	Ärzte und Ärztinnen	76
B-[0100-GU_INN_II].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	76
B-[0100-GU_INN_II].11.1.2	Zusatzweiterbildung	76
B-[0100-GU_INN_II].11.2	Pflegepersonal	77
B-[0100-GU_INN_II].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	77
B-[0100-GU_INN_II].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	77
B-[0100-GU_INN_II].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	77
B-[0100-GU_INN_III]	Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie	78
B-[0100-GU_INN_III].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	78
B-[0100-GU_INN_III].1.1	Fachabteilungsschlüssel	78
B-[0100-GU_INN_III].1.2	Ärztliche Leitung	79
B-[0100-GU_INN_III].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	79
B-[0100-GU_INN_III].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	80
B-[0100-GU_INN_III].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	81
B-[0100-GU_INN_III].6	Hauptdiagnosen nach ICD	81
B-[0100-GU_INN_III].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	81

B-[0100-GU_INN_III].6.2	Kompetenzdiagnosen	82
B-[0100-GU_INN_III].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	82
B-[0100-GU_INN_III].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	84
B-[0100-GU_INN_III].7.2	Kompetenzprozeduren	84
B-[0100-GU_INN_III].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	85
B-[0100-GU_INN_III].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	86
B-[0100-GU_INN_III].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	86
B-[0100-GU_INN_III].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	86
B-[0100-GU_INN_III].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	86
B-[0100-GU_INN_III].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-[0100-GU_INN_III].11	Personelle Ausstattung	86
B-[0100-GU_INN_III].11.1	Ärzte und Ärztinnen	86
B-[0100-GU_INN_III].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	86
B-[0100-GU_INN_III].11.1.2	Zusatzweiterbildung	86
B-[0100-GU_INN_III].11.2	Pflegepersonal	87
B-[0100-GU_INN_III].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	87
B-[0100-GU_INN_III].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	87
B-[0100-GU_INN_III].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	87
B-[0102-GU_GERI]	Klinik für Geriatrie	88
B-[0102-GU_GERI].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	88
B-[0102-GU_GERI].1.1	Fachabteilungsschlüssel	88
B-[0102-GU_GERI].1.2	Ärztliche Leitung	88
B-[0102-GU_GERI].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	88
B-[0102-GU_GERI].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	88
B-[0102-GU_GERI].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	88

B-[0102-GU_GER].6	Hauptdiagnosen nach ICD	89
B-[0102-GU_GER].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	90
B-[0102-GU_GER].6.2	Kompetenzdiagnosen	90
B-[0102-GU_GER].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	90
B-[0102-GU_GER].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	92
B-[0102-GU_GER].7.2	Kompetenzprozeduren	92
B-[0102-GU_GER].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	92
B-[0102-GU_GER].11	Personelle Ausstattung	93
B-[0102-GU_GER].11.1	Ärzte und Ärztinnen	93
B-[0102-GU_GER].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	93
B-[0102-GU_GER].11.1.2	Zusatzweiterbildung	93
B-[0102-GU_GER].11.2	Pflegepersonal	93
B-[0102-GU_GER].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	94
B-[0102-GU_GER].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	94
B-[0102-GU_GER].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	94
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1000-GU_KJM]	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	95
B-[1000-GU_KJM].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	95
B-[1000-GU_KJM].1.1	Fachabteilungsschlüssel	95
B-[1000-GU_KJM].1.2	Ärztliche Leitung	95
B-[1000-GU_KJM].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	95
B-[1000-GU_KJM].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	96
B-[1000-GU_KJM].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	96
B-[1000-GU_KJM].6	Hauptdiagnosen nach ICD	97
B-[1000-GU_KJM].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	98
B-[1000-GU_KJM].6.2	Kompetenzdiagnosen	99

B-[1000-GU_KJM].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	99
B-[1000-GU_KJM].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	100
B-[1000-GU_KJM].7.2	Kompetenzprozeduren	100
B-[1000-GU_KJM].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	101
B-[1000-GU_KJM].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	101
B-[1000-GU_KJM].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	101
B-[1000-GU_KJM].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	101
B-[1000-GU_KJM].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	101
B-[1000-GU_KJM].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	101
B-[1000-GU_KJM].11	Personelle Ausstattung	101
B-[1000-GU_KJM].11.1	Ärzte und Ärztinnen	101
B-[1000-GU_KJM].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	101
B-[1000-GU_KJM].11.1.2	Zusatzweiterbildung	102
B-[1000-GU_KJM].11.2	Pflegepersonal	102
B-[1000-GU_KJM].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	102
B-[1000-GU_KJM].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	102
B-[1000-GU_KJM].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	102
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1500-GU_CH_ALL]	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	103
B-[1500-GU_CH_ALL].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	103
B-[1500-GU_CH_ALL].1.1	Fachabteilungsschlüssel	103
B-[1500-GU_CH_ALL].1.2	Ärztliche Leitung	103
B-[1500-GU_CH_ALL].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	103
B-[1500-GU_CH_ALL].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	104
B-[1500-GU_CH_ALL].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	104

B-[1500-GU_CH_ALL].6	Hauptdiagnosen nach ICD	105
B-[1500-GU_CH_ALL].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	106
B-[1500-GU_CH_ALL].6.2	Kompetenzdiagnosen	106
B-[1500-GU_CH_ALL].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	106
B-[1500-GU_CH_ALL].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	108
B-[1500-GU_CH_ALL].7.2	Kompetenzprozeduren	108
B-[1500-GU_CH_ALL].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	109
B-[1500-GU_CH_ALL].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	109
B-[1500-GU_CH_ALL].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	109
B-[1500-GU_CH_ALL].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	110
B-[1500-GU_CH_ALL].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	111
B-[1500-GU_CH_ALL].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	111
B-[1500-GU_CH_ALL].11	Personelle Ausstattung	112
B-[1500-GU_CH_ALL].11.1	Ärzte und Ärztinnen	112
B-[1500- GU_CH_ALL].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	112
B-[1500- GU_CH_ALL].11.1.2	Zusatzweiterbildung	112
B-[1500-GU_CH_ALL].11.2	Pflegepersonal	112
B-[1500- GU_CH_ALL].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	113
B-[1500- GU_CH_ALL].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	113
B-[1500-GU_CH_ALL].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	113
B-[1500-GU_SCHMERZ]	Schmerztherapie	114
B-[1500-GU_SCHMERZ].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	114
B-[1500- GU_SCHMERZ].1.1	Fachabteilungsschlüssel	114
B-[1500- GU_SCHMERZ].1.1.1	Ärztliche Leitung	114

GU_SCHMERZ].1.2

B-[1500-GU_SCHMERZ].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	114
B-[1500-GU_SCHMERZ].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	115
B-[1500-GU_SCHMERZ].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	115
B-[1500-GU_SCHMERZ].6	Hauptdiagnosen nach ICD	115
B-[1500-GU_SCHMERZ].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].6.2	Kompetenzdiagnosen	116
B-[1500-GU_SCHMERZ].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	117
B-[1500-GU_SCHMERZ].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	118
B-[1500-GU_SCHMERZ].7.2	Kompetenzprozeduren	119
B-[1500-GU_SCHMERZ].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	119
B-[1500-GU_SCHMERZ].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	119
B-[1500-GU_SCHMERZ].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	119
B-[1500-GU_SCHMERZ].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	119
B-[1500-GU_SCHMERZ].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	119
B-[1500-GU_SCHMERZ].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	119
B-[1500-GU_SCHMERZ].11	Personelle Ausstattung	120
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1	Ärzte und Ärztinnen	120
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	120
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1.2	Zusatzweiterbildung	120

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2	Pflegepersonal	120
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	120
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	120
B-[1500-GU_SCHMERZ].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	120
B-[2200-GU_UR]	Klinik für Urologie	121
B-[2200-GU_UR].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	121
B-[2200-GU_UR].1.1	Fachabteilungsschlüssel	121
B-[2200-GU_UR].1.2	Ärztliche Leitung	121
B-[2200-GU_UR].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	121
B-[2200-GU_UR].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	122
B-[2200-GU_UR].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	122
B-[2200-GU_UR].6	Hauptdiagnosen nach ICD	123
B-[2200-GU_UR].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	124
B-[2200-GU_UR].6.2	Kompetenzdiagnosen	124
B-[2200-GU_UR].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	125
B-[2200-GU_UR].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	126
B-[2200-GU_UR].7.2	Kompetenzprozeduren	127
B-[2200-GU_UR].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	127
B-[2200-GU_UR].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	127
B-[2200-GU_UR].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	127
B-[2200-GU_UR].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	128
B-[2200-GU_UR].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	129
B-[2200-GU_UR].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	129
B-[2200-GU_UR].11	Personelle Ausstattung	130

B-[2200-GU_UR].11.1	Ärzte und Ärztinnen	130
B-[2200-GU_UR].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	130
B-[2200-GU_UR].11.1.2	Zusatzweiterbildung	130
B-[2200-GU_UR].11.2	Pflegepersonal	131
B-[2200-GU_UR].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	131
B-[2200-GU_UR].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	131
B-[2200-GU_UR].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	131
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2316-GU_CH_U]	Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie	132
B-[2316-GU_CH_U].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	132
B-[2316-GU_CH_U].1.1	Fachabteilungsschlüssel	132
B-[2316-GU_CH_U].1.2	Ärztliche Leitung	132
B-[2316-GU_CH_U].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	132
B-[2316-GU_CH_U].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	133
B-[2316-GU_CH_U].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	133
B-[2316-GU_CH_U].6	Hauptdiagnosen nach ICD	134
B-[2316-GU_CH_U].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	135
B-[2316-GU_CH_U].6.2	Kompetenzdiagnosen	135
B-[2316-GU_CH_U].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	136
B-[2316-GU_CH_U].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	137
B-[2316-GU_CH_U].7.2	Kompetenzprozeduren	138
B-[2316-GU_CH_U].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	138
B-[2316-GU_CH_U].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	138
B-[2316-GU_CH_U].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	138
B-[2316-GU_CH_U].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	139
B-[2316-GU_CH_U].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	139

B-[2316-GU_CH_U].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	140
B-[2316-GU_CH_U].11	Personelle Ausstattung	.....	140
B-[2316-GU_CH_U].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	140
B-[2316-GU_CH_U].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	141
B-[2316-GU_CH_U].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	141
B-[2316-GU_CH_U].11.2	Pflegepersonal	.....	141
B-[2316-GU_CH_U].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	141
B-[2316-GU_CH_U].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	141
B-[2316-GU_CH_U].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	141
B-[2400-GU_GYN_GEB]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	.....	142
B-[2400-GU_GYN_GEB].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	142
B-[2400-GU_GYN_GEB].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	142
B-[2400-GU_GYN_GEB].1.2	Ärztliche Leitung	.....	142
B-[2400-GU_GYN_GEB].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	142
B-[2400-GU_GYN_GEB].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	143
B-[2400-GU_GYN_GEB].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	143
B-[2400-GU_GYN_GEB].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	144
B-[2400-GU_GYN_GEB].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	145
B-[2400-GU_GYN_GEB].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	145
B-[2400-GU_GYN_GEB].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	146
B-[2400-GU_GYN_GEB].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	147
B-[2400-GU_GYN_GEB].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	147
B-[2400-GU_GYN_GEB].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	148
B-[2400-GU_GYN_GEB].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	148
B-[2400-GU_GYN_GEB].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	148

B-[2400-GU_GYN_GEB].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	149
B-[2400-GU_GYN_GEB].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	150
B-[2400-GU_GYN_GEB].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	150
B-[2400-GU_GYN_GEB].11	Personelle Ausstattung	151
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.1	Ärzte und Ärztinnen	151
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	151
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.1.2	Zusatzweiterbildung	151
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.2	Pflegepersonal	151
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	152
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	152
B-[2400- GU_GYN_GEB].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	152
B-[2600-GU_HNO]	Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	153
B-[2600-GU_HNO].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	153
B-[2600-GU_HNO].1.1	Fachabteilungsschlüssel	153
B-[2600-GU_HNO].1.2	Ärztliche Leitung	153
B-[2600-GU_HNO].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	153
B-[2600-GU_HNO].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	154
B-[2600-GU_HNO].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	154
B-[2600-GU_HNO].6	Hauptdiagnosen nach ICD	155
B-[2600-GU_HNO].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	156
B-[2600-GU_HNO].6.2	Kompetenzdiagnosen	156

B-[2600-GU_HNO].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	157
B-[2600-GU_HNO].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	158
B-[2600-GU_HNO].7.2	Kompetenzprozeduren	158
B-[2600-GU_HNO].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	159
B-[2600-GU_HNO].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	159
B-[2600-GU_HNO].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	159
B-[2600-GU_HNO].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	159
B-[2600-GU_HNO].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	160
B-[2600-GU_HNO].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	161
B-[2600-GU_HNO].11	Personelle Ausstattung	161
B-[2600-GU_HNO].11.1	Ärzte und Ärztinnen	161
B-[2600-GU_HNO].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	161
B-[2600-GU_HNO].11.1.2	Zusatzweiterbildung	162
B-[2600-GU_HNO].11.2	Pflegepersonal	162
B-[2600-GU_HNO].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	162
B-[2600-GU_HNO].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	162
B-[2600-GU_HNO].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	162
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2800-GU_NEU_NEU]	Klinik für Neurologie	163
B-[2800-GU_NEU_NEU].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	163
B-[2800-GU_NEU_NEU].1.1	Fachabteilungsschlüssel	163
B-[2800-GU_NEU_NEU].1.2	Ärztliche Leitung	163
B-[2800-GU_NEU_NEU].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	163
B-[2800-GU_NEU_NEU].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	164
B-[2800-GU_NEU_NEU].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	164
B-[2800-GU_NEU_NEU].6	Hauptdiagnosen nach ICD	165

B-[2800-GU_NEU_NEU].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	166
B-[2800-GU_NEU_NEU].6.2 Kompetenzdiagnosen	166
B-[2800-GU_NEU_NEU].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	167
B-[2800-GU_NEU_NEU].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	168
B-[2800-GU_NEU_NEU].7.2 Kompetenzprozeduren	169
B-[2800-GU_NEU_NEU].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	169
B-[2800-GU_NEU_NEU].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	169
B-[2800-GU_NEU_NEU].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	169
B-[2800-GU_NEU_NEU].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	169
B-[2800-GU_NEU_NEU].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	169
B-[2800-GU_NEU_NEU].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	169
B-[2800-GU_NEU_NEU].11 Personelle Ausstattung	170
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.1 Ärzte und Ärztinnen	170
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	170
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.1.2 Zusatzweiterbildung	170
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.2 Pflegepersonal	170
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	171
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	171
B-[2800- GU_NEU_NEU].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	171
B-[2800] Klinik für Neurologische Frührehabilitation	172
B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	172
B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel	172
B-[2800].1.2 Ärztliche Leitung	172

B-[2800].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	172
B-[2800].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	172
B-[2800].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	172
B-[2800].6	Hauptdiagnosen nach ICD	173
B-[2800].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	174
B-[2800].6.2	Kompetenzdiagnosen	174
B-[2800].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	175
B-[2800].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	177
B-[2800].7.2	Kompetenzprozeduren	178
B-[2800].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	178
B-[2800].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	178
B-[2800].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	178
B-[2800].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	178
B-[2800].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	178
B-[2800].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	178
B-[2800].11	Personelle Ausstattung	178
B-[2800].11.1	Ärzte und Ärztinnen	178
B-[2800].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	178
B-[2800].11.1.2	Zusatzweiterbildung	178
B-[2800].11.2	Pflegepersonal	179
B-[2800].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	179
B-[2800].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	179
B-[2800].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	179
B-[3600_GU_ANA]	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin	180

B-[3600_GU_ANA].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	180
B-[3600_GU_ANA].1.1	Fachabteilungsschlüssel	180
B-[3600_GU_ANA].1.2	Ärztliche Leitung	180
B-[3600_GU_ANA].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	180
B-[3600_GU_ANA].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	181
B-[3600_GU_ANA].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	181
B-[3600_GU_ANA].6	Hauptdiagnosen nach ICD	181
B-[3600_GU_ANA].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	181
B-[3600_GU_ANA].6.2	Kompetenzdiagnosen	181
B-[3600_GU_ANA].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	182
B-[3600_GU_ANA].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	183
B-[3600_GU_ANA].7.2	Kompetenzprozeduren	183
B-[3600_GU_ANA].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	183
B-[3600_GU_ANA].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	184
B-[3600_GU_ANA].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	184
B-[3600_GU_ANA].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	184
B-[3600_GU_ANA].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	184
B-[3600_GU_ANA].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	184
B-[3600_GU_ANA].11	Personelle Ausstattung	184
B-[3600_GU_ANA].11.1	Ärzte und Ärztinnen	184
B-[3600_GU_ANA].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	184
B-[3600_GU_ANA].11.1.2	Zusatzweiterbildung	184
B-[3600_GU_ANA].11.2	Pflegepersonal	185
B-[3600_GU_ANA].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	185
B-[3600_GU_ANA].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	185
B-[3600_GU_ANA].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	185

in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3751_GU_RAD]	Zentrum für bildgebende Diagnostik und interventionelle Radiologie	.....	186
B-[3751_GU_RAD].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	186
B-[3751_GU_RAD].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	186
B-[3751_GU_RAD].1.2	Ärztliche Leitung	.....	186
B-[3751_GU_RAD].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	186
B-[3751_GU_RAD].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	187
B-[3751_GU_RAD].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	187
B-[3751_GU_RAD].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	188
B-[3751_GU_RAD].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	188
B-[3751_GU_RAD].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	188
B-[3751_GU_RAD].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	188
B-[3751_GU_RAD].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	189
B-[3751_GU_RAD].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	189
B-[3751_GU_RAD].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	189
B-[3751_GU_RAD].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	190
B-[3751_GU_RAD].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	190
B-[3751_GU_RAD].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	190
B-[3751_GU_RAD].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	190
B-[3751_GU_RAD].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	190
B-[3751_GU_RAD].11	Personelle Ausstattung	.....	190
B-[3751_GU_RAD].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	190
B-[3751_GU_RAD].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	191
B-[3751_GU_RAD].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	191
B-[3751_GU_RAD].11.2	Pflegepersonal	.....	191
B-[3751_GU_RAD].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	.....	191

Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3751_GU_RAD].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	191
B-[3751_GU_RAD].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	191
B-[2900-GU_PSY2000]	Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie und Gerontopsychiatrie	.....	192
B-[2900-GU_PSY2000].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	192
B-[2900-GU_PSY2000].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	192
B-[2900-GU_PSY2000].1.2	Ärztliche Leitung	.....	192
B-[2900-GU_PSY2000].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	192
B-[2900-GU_PSY2000].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	193
B-[2900-GU_PSY2000].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	193
B-[2900-GU_PSY2000].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	194
B-[2900-GU_PSY2000].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	195
B-[2900-GU_PSY2000].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	195
B-[2900-GU_PSY2000].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	196
B-[2900-GU_PSY2000].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	198
B-[2900-GU_PSY2000].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	199
B-[2900-GU_PSY2000].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	199
B-[2900-GU_PSY2000].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	199
B-[2900-GU_PSY2000].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	199
B-[2900-GU_PSY2000].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	199
B-[2900-GU_PSY2000].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	199
B-[2900-GU_PSY2000].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	199
B-[2900-GU_PSY2000].11	Personelle Ausstattung	.....	200
B-[2900-GU_PSY2000].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	200
B-[2900-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	200

GU_PSY2000].11.1.1

B-[2900- GU_PSY2000].11.1.2	Zusatzweiterbildung	200
B-[2900-GU_PSY2000].11.2	Pflegepersonal	200
B-[2900- GU_PSY2000].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	201
B-[2900- GU_PSY2000].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	201
B-[2900-GU_PSY2000].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	201
B- [2960_GU_TK_Erwachsene]	Tagesklinik für Allgemeine- und Gerontopsychiatrie	202
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	202
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].1.1	Fachabteilungsschlüssel	202
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].1.2	Ärztliche Leitung	202
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	202
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	203
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	203
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].6	Hauptdiagnosen nach ICD	203
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	203
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].6.2	Kompetenzdiagnosen	203
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	203
B- [2960_GU_TK_Erwachsene].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	204

B-	Kompetenzprozeduren	204
	[2960_GU_TK_Erwachsene].7.2	
B-	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	205
	[2960_GU_TK_Erwachsene].8	
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	205
	[2960_GU_TK_Erwachsene].8.1	
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	205
	[2960_GU_TK_Erwachsene].8.2	
B-	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	205
	[2960_GU_TK_Erwachsene].9	
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	205
	[2960_GU_TK_Erwachsene].9.1	
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der	205
	[2960_GU_TK_Erwachsene].10 Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	206
	[2960_GU_TK_Erwachsene].11	
B-	Ärzte und Ärztinnen	206
	[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1	
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	206
	[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.1	
B-	Zusatzweiterbildung	206
	[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.2	
B-	Pflegepersonal	206
	[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	206
	[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	206
	[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2.2 Zusatzqualifikation	
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	206
	[2960_GU_TK_Erwachsene].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3060_GU_TK_Kinder]	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	207
B-[3060_GU_TK_Kinder].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	207
B-	Fachabteilungsschlüssel	207
	[3060_GU_TK_Kinder].1.1	

B- [3060_GU_TK_Kinder].1.2	Ärztliche Leitung	207
B-[3060_GU_TK_Kinder].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	207
B-[3060_GU_TK_Kinder].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	208
B-[3060_GU_TK_Kinder].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	208
B-[3060_GU_TK_Kinder].6	Hauptdiagnosen nach ICD	208
B- [3060_GU_TK_Kinder].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	208
B- [3060_GU_TK_Kinder].6.2	Kompetenzdiagnosen	208
B-[3060_GU_TK_Kinder].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	209
B- [3060_GU_TK_Kinder].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	210
B- [3060_GU_TK_Kinder].7.2	Kompetenzprozeduren	210
B-[3060_GU_TK_Kinder].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	211
B- [3060_GU_TK_Kinder].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	211
B- [3060_GU_TK_Kinder].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	211
B-[3060_GU_TK_Kinder].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	211
B- [3060_GU_TK_Kinder].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	211
B-[3060_GU_TK_Kinder].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	211
B-[3060_GU_TK_Kinder].11	Personelle Ausstattung	212
B- [3060_GU_TK_Kinder].11.1	Ärzte und Ärztinnen	212
B- [3060_GU_TK_Kinder].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	212
B-	Zusatzweiterbildung	212

[3060_GU_TK_Kinder].11.1.2

B-	Pflegepersonal	212
----	----------------------	-----

[3060_GU_TK_Kinder].11.2

B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	212
----	---	-----

[3060_GU_TK_Kinder].11.2.1 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung –	213
----	--	-----

[3060_GU_TK_Kinder].11.2.2 Zusatzqualifikation

B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	213
----	---	-----

[3060_GU_TK_Kinder].11.3 in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C	Qualitätssicherung	214
---	--------------------------	-----

C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	214
-----	--	-----

C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	214
-------	--	-----

C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	216
-------	---	-----

C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	216
---------	--	-----

C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	419
-----	--	-----

C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	419
-----	---	-----

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	419
-----	--	-----

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	419
-----	---	-----

C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	419
-------	---	-----

C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	419
-------	--------------------------------	-----

C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	421
-----	--	-----

C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	421
-----	--	-----

C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	421
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	421
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	423
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	424
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	430

Vorwort

Die KMG Kliniken sind ein Gesundheitsunternehmen mit Standorten im Nordosten und in der Mitte Deutschlands, das hochqualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung in der familiären Atmosphäre seiner Einrichtungen anbietet. KMG betreibt Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen für Senior*innen, Medizinische Versorgungszentren und Ambulante Pflegedienste. Das Unternehmen verfügt über rund 2.600 Betten und Plätze und beschäftigt circa 4.800 Mitarbeiter*innen.

Gesundheit aus einer Hand: Durch das Netzwerk moderner stationärer und ambulanter Versorgungseinrichtungen bietet die KMG Kliniken Gruppe ihren Patient*innen und Bewohner*innen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Bedürfnissen die optimale Behandlung und Betreuung.



Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor der Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020).

Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 wider.

So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Die KMG Akutkliniken halten hochmoderne Medizintechnik und hochqualifiziertes medizinisches Personal vor. In Behandlung und Pflege stehen die Patient*innen im Mittelpunkt. Das spiegeln regelmäßige Umfragen der Krankenkassen wider, die den KMG Kliniken eine hohe Patientenzufriedenheit attestieren. Der Nachweis hoher Standards bei Behandlungsabläufen und Behandlungsergebnissen brachte dem KMG Klinikum Güstrow zahlreiche Zertifizierungen.

Durch die Koordinierung hochgradig spezialisierter Fachgebiete gewährleisten die KMG Kliniken - wo sinnvoll in Ergänzung durch Kooperationen - für Patient*innen jeden Alters mit den unterschiedlichsten Krankheitsbildern eine flächendeckende medizinische Versorgung. Patient*innen profitieren von den kurzen Wegen beim interdisziplinären Austausch zwischen den Fachkliniken.

Die Geschichte des Krankenhauses Güstrow reicht über 130 Jahre zurück. Der Neubau am nördlichen Stadtrand von Güstrow wurde im Jahr 1999 bezogen. Seit 2004 gehört das Klinikum Güstrow dem Verbund der KMG Kliniken an. Seitdem entwickelt sich das hochmoderne Haus durch den Aufbau ausgezeichneter Fachabteilungen zu einem entscheidenden Anker für die stationäre und ambulante medizinische Akutversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Zudem ist das KMG Klinikum Güstrow akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock und bildet in Heil- und Pflegeberufen aus.

In diesem strukturierten Qualitätsbericht präsentieren wir die Ergebnisse aus dem Jahr 2022 und geben Patient*innen, Vertragsärzt*innen und Krankenkassen einen Einblick in unsere allgemeinen und fachspezifischen Leistungsdaten, in unsere Leistungsfähigkeit und in unsere Betreuungsqualität. Der Qualitätsbericht dient der Orientierung und der Entscheidungshilfe.

Zur Qualitätssicherung treiben wir die Entwicklung des KMG Klinikums Güstrow in allen Bereichen stetig voran. Das betrifft die moderne, überdurchschnittliche medizintechnische Ausstattung, die Effizienz und den Erfolg von Behandlungsabläufen, die räumliche Ausstattung, inhaltliche Konzepte und den Aufbau neuer Fachabteilungen ebenso wie die Kompetenz und hohe Motivation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So garantieren wir Leistungen, die nicht nur wissenschaftlichen Standards genügen, sondern die sich darüber hinaus an dem Wohl und den individuellen Anliegen der Patient*innen orientieren. Unser oberstes Unternehmensziel ist es, eine hohe Patient*innenzufriedenheit bei hervorragender medizinischer Ergebnisqualität zu erreichen.

Um die regionale und überregionale medizinische Versorgung der Menschen sicherzustellen, verfügt das KMG

Klinikum Güstrow neben vollstationären Behandlungsmöglichkeiten auch über vor- und nachstationäre sowie tagesklinische Behandlungsangebote. Das ambulante Operieren ist ein fester Bestandteil unseres Leistungsspektrums.

Durch folgende Abteilungen wird die medizinische Versorgung unterstützt:

- Diagnostische Bildgebung und Interventionelle Radiologie
- Labordiagnostik
- Krankenhausapotheke
- Pathologie

An diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten besonders hervorzuheben sind:

- Linksherzkathetermessplatz, Elektrophysiologie
- Magnetresonanztomografie (MRT)
- Computertomografie (CT)
- interventionelle Gastroenterologie
- Endosonographie

und

- die weit ausgebaute Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie und nonverbale Therapieverfahren.

In folgenden Bereichen ist das Klinikum zertifiziert:

- Chest Pain Unit (Brustschmerzabteilung)
- Regionales Traumazentrum
- Stroke Unit (Schlaganfallzentrum)
- Endoprothetikzentrum
- Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie
- Cochlea-Implantat-versorgende Einrichtung für Erwachsene und Kinder

Darüber hinaus sind wir Partner der Privaten Krankenversicherung (Qualität und Service).

Des Weiteren ist das Klinikum Güstrow Standort für die Luftrettungsstation „Christoph 34“.

Zur Unterbringung unserer Patient*innen stehen modern eingerichtete Zimmer, ausgestattet mit separatem Sanitärbereich, Fernseher und Telefon zur Verfügung. Im Jahr 2022 wurden in unserem Klinikum 16.936 Patient*innen stationär versorgt. Weitere 14.659 Patient*innen wurden ambulant behandelt. 1.436 ambulante Operationen wurden 2022 durchgeführt. Das ist Ausdruck des weiteren Vertrauens unserer Patient*innen und der einweisenden Ärzt*innen in unserer Klinik. Wir sind zu einem Zentrum der medizinischen Versorgung im Herzen Mecklenburg-Vorpommerns geworden. Dem hat auch die Landeskrankenhausplanung Rechnung getragen. Die Zahlen der Planbetten und -plätze betragen 451.

Wir werden auch in Zukunft alles tun, damit sich Patient*innen in unserer Klinik fachlich kompetent und menschlich zugewandt versorgt fühlen. Veränderungen, die die Zukunft zwingend von uns fordert, sind für uns deshalb Chancen, Prozesse und Abläufe im Sinne unserer Patient*innen zu überprüfen und ggf. neu zu

gestalten.

Verantwortliche

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Frau Kathrin Springer
Telefon	03843 343121
Fax	03843 343002
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr Thomas Bürger
Telefon	03843 343001
Fax	03843 343002
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.kmg-kliniken.de/
--	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	2023 Güstrow
PLZ	18273
Ort	Güstrow
Straße	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
IK-Nummer	261300276
Standort-Nummer	772987000
Standort-Nummer alt	0
Telefon-Vorwahl	03843
Telefon	340
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-guestrow

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Thomas Bürger
Telefon	03843 343001
Fax	03843 343002
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de

Pflegedienstleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Gabriele Pätow
Telefon	03843 341002
Fax	03843 341003
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de

Ärztliche Leitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dietmar Bänsch
Telefon	03843 341437
Fax	03843 341449
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	KMG Klinikum Güstrow GmbH
Träger-Art	privat

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Universitätsmedizin Rostock

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP02 - Akupunktur
Psychiatriebereich
- 2 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
Sozialdienst
- 3 MP04 - Atemgymnastik/-therapie
Abteilung Physiotherapie
- 4 MP06 - Basale Stimulation
- 5 MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
Sozialdienst
- 6 MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
Palliativmedizin
- 7 MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
Abteilung Physiotherapie
- 8 MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
Anwendung durch Physiotherapeuten
- 9 MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
Für die Betreuung der Diabetiker stehen zwei zertifizierte Diabetesberaterinnen (DDG) zur Verfügung. Des Weiteren bieten ausgebildete Diätassistenten Ernährungsberatung und Lehrküchenkurse (Übungskochen) an.
- 10 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
*Für die Betreuung der Diabetiker*innen stehen zwei zertifizierte Diabetesberaterinnen (DDG) zur Verfügung. Die Ernährungsberatung erfolgt über zwei ausgebildete Diätassistentinnen.(Schulungsprogramm)*
- 11 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
*In Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter*innen werden die Entlassungsmodalitäten geregelt.*
- 12 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
Therapieangebote für alle Fachbereiche, ambulante Termine können vereinbart werden
- 13 MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
Auf den allgemeinen Stationen wird im Pflegesystem der Bereichspflege gearbeitet. In der Psychiatrie kommt die Bezugspflege zur Anwendung.
- 14 MP18 - Fußreflexzonenmassage
Abteilung Physiotherapie
- 15 MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
In Zusammenarbeit mit internen und externen Hebammen
- 16 MP21 - Kinästhetik

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 17 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
Angebot der Abteilung Physiotherapie
- 18 MP23 - Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
Ergänzung zur Ergotherapie
- 19 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich
- 20 MP25 - Massage
Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich
- 21 MP27 - Musiktherapie
Ergänzung zur Ergotherapie; Musiktherapeut
- 22 MP28 - Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
Akupunktur: Bereich Physiotherapie
- 23 MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
Manualtherapie stationär und ambulante
- 24 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich
- 25 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
Abteilung Physiotherapie, ambulante Termine sind möglich
- 26 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
Diplom Psychologen
- 27 MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
Abteilung Physiotherapie
- 28 MP36 - Säuglingspflegekurse
vierteljährlich werden 2 Kurse a 1,5 Stunden angeboten
- 29 MP37 - Schmerztherapie/-management
ausgebildete Schmerztherapeuten und Schmerzschwestern (Pain Nurse)
- 30 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe
- 31 MP40 - Spezielle Entspannungstherapie
autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Klangschalenterapie
- 32 MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
Kreißsaalführungen
- 33 MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
Anleitung zu ATL, zum Eigentraining, zu Blutdruck-, Gerinnungs-, Blutzucker-, Pulskontrolle, zur Wundversorgung und Narbenpflege, zur Medikamenteneinnahme
- 34 MP43 - Stillberatung
Eine ausgebildete Still- und Laktationsberaterin steht den jungen Müttern beratend zur Seite.
- 35 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
Abteilung Logopädie
- 36 MP45 - Stomatherapie/-beratung
Eine qualifizierte Stomaschwester steht für die Betreuung und Beratung der stationären Patienten zur Verfügung.
- 37 MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
Ein privates Sanitätshaus befindet sich im Erdgeschoss des Krankenhauses.

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 38 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
Abteilung Physiotherapie
- 39 MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
Abteilung Physiotherapie
- 40 MP51 - Wundmanagement
*Drei qualifizierte Wundschwestern steht für die Betreuung und Beratung der stationären Patient*innen zur Verfügung.*
- 41 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
wird in verschiedenen Bereichen praktiziert, beispielsweise zur Cochlear Implant-Versorgung oder im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung
- 42 MP53 - Aromapflege/-therapie
Die Aromatherapie wird im Bereich der Palliativbehandlung oder auch Schmerztherapie sowie Psychatriebereich durchgeführt.
- 43 MP54 - Asthmaschulung
- 44 MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik
Bereich der HNO-Abteilung
- 45 MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
Abteilung Ergotherapie
- 46 MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
Abteilung Ergotherapie
- 47 MP60 - Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
Abteilung Physiotherapie
- 48 MP62 - Snoezelen
Tagesklinik für Kinder- und Jugend Psychiatrie
- 49 MP63 - Sozialdienst
Die Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten die Patienten und Ihre Angehörigen in Fragen, die sich im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung oder dem Klinikaufenthalt ergeben. Sie leisten Unterstützung bei allen psychosozialen und sozialrechtlichen Belangen.
- 50 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
z.B. Kreißsaalführungen, Geschwisterschule, Stillcafé, Oma-/Opa-Kurse ...
- 51 MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
Stillvorbereitungskurse (vierteljährlich), Säuglingspflegekurse (s.o.), Tragetuchkurse, Erste Hilfe bei Kindern, Oma-Opa-Kurse, Beikostkurse, Infoabend für werdende Eltern
- 52 MP67 - Vojtathérapie für Erwachsene und/oder Kinder
- MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter
- 53 Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
Die Zusammenarbeit erfolgt über die einzelnen Stationen und den Sozialdienst.
- 54 MP30 - Pädagogisches Leistungsangebot
Im Rahmen der Teilstationären TK Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 55 MP66 - Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
Angebot neurologische Frührehabilitation

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- 1 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
Alle Ein-Bett-Zimmer der peripheren Bereiche verfügen über eine eigene Nasszelle.
- 2 NM02: Ein-Bett-Zimmer
Im Rahmen der Wahlleistungen kann die Unterbringung im Einzelzimmer vereinbart werden.
- 3 NM05: Mutter-Kind-Zimmer
Ein Stillraum und drei Familienzimmer sind im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe vorhanden.
- 4 NM07: Rooming-in
In der Abteilung Gynäkologie/Geburtshilfe wird die Möglichkeit des Rooming-In angeboten.
- 5 NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
Begleitpersonen (z.B. Eltern) können bei medizinischer Indikation jederzeit gemeinsam im Zimmer der/des Patientin/Patienten untergebracht werden. Auf Wunsch ermöglichen wir Angehörigen, mit Abschluss eines Wahlleistungsvertrages, eine Unterbringung.
- 6 NM10: Zwei-Bett-Zimmer
- 7 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
Alle Zimmer der peripheren Bereiche verfügen über eine eigene Nasszelle.
- 8 NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
*Der Rezeptionsbereich ist direkt am Eingang des Hauses vorhanden. Die Mitarbeiter*innen des IBKT begleiten unsere Patient*innen, um einen reibungslosen Organisationsablauf bei erforderlichen therapeutischen und diagnostischen Untersuchungen und Behandlungen zu gewährleisten.*
- 9 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
*Ein Krankenhausseelsorger ist im Bedarfsfall für unsere Patient*innen und Mitarbeiter*innen vor Ort und jederzeit telefonisch erreichbar. Zudem verfügt das Haus über eine Krankenhauskapelle.*
- 10 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
Informationsveranstaltungen werden jährlich für alle Bereiche angeboten. z. B. Infoabend für werdende Eltern; Anästhesiologischer Schulter-Arm-Kurs; Aktionstag Saubere Hände; Infoveranstaltung des EndoProthetikZentrums
- 11 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
*In allen Fachbereichen kann der Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen hergestellt werden, z.B. bieten Suchtberatungsstellen aus der Region alkoholkranken Patient*innen Ihre Hilfe an.*
- 12 NM62: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung
möglich
- 13 NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet
- 14 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
Kulturelle Ernährungsgewohnheiten werden durch unser Servicepersonal erfragt und berücksichtigt.
- 15 NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)
In jedem Fachbereich kann sich über weitere nicht-medizinische Leistungsangebote informiert werden.
- 16 NM68: Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	SBV-Vorsitzende (Schwerbehinderten-Vertretung)
Titel, Vorname, Name	Manuela Schierstedt
Telefon	03843 34 3060
Fax	03843 34 3440
E-Mail	M.Schierstedt@kmg-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF23 - Allergenarme Zimmer
- 2 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
- 3 BF11 - Besondere personelle Unterstützung
*Service Mitarbeiter*innen sind im 2-Schicht-System im Haus ansprechbar.*
- 4 BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 5 BF24 - Diätetische Angebote
Zu den Mahlzeiten wird diätische Kost angeboten.
- 6 BF25 - Dolmetscherdienst
Eine Dolmetscherliste ist aktuell im Intranet des Krankenhauses verfügbar.
- 7 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
Ein speziell benötigter Bettentyp kann entsprechend bereit gestellt werden.
- 8 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
- 9 BF21 - Hilfsggeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
Patientenlifter, spezielle Tragetücher und andere Hilfsmittel sind für die Pflegekräfte jederzeit nutzbar.
- 10 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
- 11 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
- 12 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
Die Bedienleiste kann problemlos vom Rollstuhl aus oder durch kleine Kinder bedient werden.
- 13 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
Rollstuhlgerechte Toiletten stehen auf allen Etagen zur Verfügung.
- 14 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
Service Räume, wie z. B. die Cafeteria sind mit Rollstühlen befahrbar und mit Aufzügen erreichbar.
- 15 BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
- 16 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 17 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 18 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

- # Aspekte der Barrierefreiheit
 - BF13 - Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
- 19 *Alle Informationen des Ausgangstexts werden in Leichte Sprache übertragen, Erläuterungen gegeben, sodass alle relevanten Informationen verständlich gemacht werden können.*
- 20 BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
- 21 BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
- 22 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

- # Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
 - FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
- 1 *Das Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Rostock. Zur praktischen Ausbildung stehen den Student*innen qualifizierte Tutor*innen zur Seite. In allen Kliniken werden Pflegepraktika und Famulaturen angeboten. Die Teilnahme an internen Fortbildungen ist ebenso möglich.*
 - FL02 - Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
- 2 *Lehrauftrag Universitätsmedizin Rostock (Regellehre: Hauptvorlesung, Seminare, Wahlpflichtfach); Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel: Lehrbeauftragter für den Masterstudiengang „Master of Migraine and Headache Medicine (MMHM)“*
 - FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
- 3 *u. a. Herzchirurgie Universitätsmedizin Rostock , Lungenfachklinik Amsee, Klinik und Poliklinik für Neurologie Universitätsmedizin Rostock (Kopfschmerzzentrum Nord-Ost mit Standorten in Rostock/UMR und Güstrow/KMG)*
 - FL09 - Doktorandenbetreuung
- 4 *Neurozentrum: Doktoranden in Arbeitsgruppe Kopfschmerz/Schmerz am Kopfschmerzzentrum Nord-Ost, Klinik und Poliklinik für Neurologie/UMR*

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Das KMG Klinikum Güstrow bildet derzeit über 150 junge Frauen und Männer in den Bereichen Krankenpflege, Krankenpflegehilfe, Physiotherapie und Operationstechnische Assistenten aus.

- # Ausbildung in anderen Heilberufen
HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- 1 *Der praktische Teil erfolgt im Krankenhaus durch ausgebildete Praxisanleiter*innen sowie in umliegenden Gesundheitseinrichtungen nach Vorgabe des PflBG. Der theoretische Teil erfolgt im Regionalen Beruflichen Bildungszentrum des Landkreis Rostock, Abteilung Gesundheit im Klinikum.*
HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
- 2 *Der Theoretische Teil der Ausbildung erfolgt an der Ecolea in Güstrow und der praktische Teil wird im KG Klinikum Güstrow absolviert nach den Vorgaben des KrAlpflVo M-V*
HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme
- 3 *Das duale Studium dauert 3,5 Jahr. Der theoretische Teil erfolgt an der Uni Rostock und der praktische teil wird im KMG Klinikum Güstrow absolviert.*
HB03 - Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
- 4 *Die Ausbildung umfasst 3 Jahre. Der praktische Teil erfolgt im Krankenhaus durch ausgebildete Praxisanleiter*innen sowie in umliegenden Gesundheitseinrichtungen nach Vorgabe MPhG. Der theoretische Teil erfolgt im Regionalen Beruflichen Bildungszentrum des LRO Abteilung Gesundheit im Klinikum.*
HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
- 5 *Die Ausbildung umfasst 3 Jahre. Der praktische Teil erfolgt im Krankenhaus durch ausgebildete Praxisanleiter sowie in umliegenden Gesundheitseinrichtungen nach Vorgabe ATA- OTA- G. Der theoretische Teil erfolgt im Regionalen Beruflichen Bildungszentrum des LRO Abteilung Gesundheit im Klinikum.*
HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
- 6 *Die Ausbildung umfasst 3 Jahre. Der praktische Teil erfolgt im Krankenhaus durch ausgebildete Praxisanleiter sowie in umliegenden Gesundheitseinrichtungen nach Vorgaben ATA- OTA- G. Der theoretische Teil erfolgt im Regionalen Beruflichen Bildungszentrum des LRO Abteilung Gesundheit im Klinikum.*
HB05 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
- 7 *Seit 2023 bieten wir die 3 Jährige Ausbildung an. Der theoretisch Teil erfolgt an der Schule "Alexander Schmorell" in Rostock, der praktische Teil wird im KMG Klinikum in Güstrow nach dem MT BG absolviert.*
HB13 - Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)
- 8 *Seit 2023 bieten wir diese 3 Jährige Ausbildung an. Der theoretische Teil erfolgt in der Berufsschule in Schwerin, der praktische Teil wird im KMG Klinikum in Güstrow nach dem MT BG absolviert.*

Des Weiteren wird die 3-jährige Ausbildung zum / zur **Chirurgisch Technische/r Assistent/in (CTA)** angeboten. Die theoretische Ausbildung erfolgt an der Schule für Operationstechnische und Chirurgisch Technische Assistenten des KMG Klinikums Güstrow. Die Praktische Ausbildung erfolgt in den KMG Akutkliniken oder bei externen Kooperationspartnern.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 451

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 16869
Teilstationäre Fallzahl 276
Ambulante Fallzahl 19665

StäB. Fallzahl

0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				133,02
--------	--	--	--	--------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	131,88	Ohne	1,14
--------------------------	------------	--------	-------------	------

Versorgungsform	Ambulant	6,01	Stationär	127,01
-----------------	-----------------	------	------------------	--------

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				81,84
--------	--	--	--	-------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	80,73	Ohne	1,11
--------------------------	------------	-------	-------------	------

Versorgungsform	Ambulant	5,91	Stationär	75,93
-----------------	-----------------	------	------------------	-------

Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				3,23 ¹⁾
--------	--	--	--	--------------------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,23	Ohne	0
--------------------------	------------	------	-------------	---

Versorgungsform	Ambulant	2,23	Stationär	1
-----------------	-----------------	------	------------------	---

1) Krankenhaushygieniker Rettungsdienst Notaufnahme

- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Gesamt				3,13
--------	--	--	--	------

Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,03	Ohne	0,1
--------------------------	------------	------	-------------	-----

Versorgungsform	Ambulant	2,13	Stationär	1
-----------------	-----------------	------	------------------	---

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				297,69
Beschäftigungsverhältnis	Mit	297,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	27,47	Stationär	270,22
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				66,56
Beschäftigungsverhältnis	Mit	66,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	27,47	Stationär	39,09
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				16,11
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,11
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				7,2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,2
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt				5,03
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,03	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,03
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				0,67
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,67
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				32,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	32,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	32,33
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,88
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften				
Gesamt				2,17
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,17
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				7
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7
Ohne Fachabteilungszuordnung				

Gesamt				6,72
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,72
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				12,38
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,38	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,38
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				11,37
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,37
Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				1,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,33
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,33
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				18,46
Beschäftigungsverhältnis	Mit	18,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	5,37	Stationär	13,09
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				10,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	5,37	Stationär	5,38

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt				4,56
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,56	Stationär	2

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt				3,07
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,07

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt				6,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,54	Stationär	4,86

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				10,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,12

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Gesamt				2,29
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,29	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,29

SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt				3,43
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,43

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Gesamt				0,65
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,65

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				15,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,87

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				6,4
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,54	Stationär	4,86

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				3,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,74

SP30 - Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker

Gesamt				2,79
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,79

SP31 - Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge

Gesamt				0,46
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,46

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				6,2
--------	--	--	--	-----

Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,2

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Gesamt				8,18
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,18

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Gesamt				14,78
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,78	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	14,78

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

Gesamt				3,87
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,87	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,87

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt				0,95
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,95	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,95

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Kathrin Springer
Telefon	03843 343121
Fax	03843 343002
E-Mail	k.springer@kmg-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

Ja

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche
Tagungsfrequenz des Gremiums

alle Fachabteilungen
quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin, Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, Klinik für Innere Medizin II, Zentrale Notaufnahme, Pflege, Therapiebereiche, Qualitätsmanagementbeauftragte
quartalsweise

Tagungsfrequenz des Gremiums

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

Instrument bzw. Maßnahme

RM18: Entlassungsmanagement

1 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** PS G019 Patiententlassung

Letzte Aktualisierung: 15.09.2023

RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten

2 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Risikomanagement,VA_CIRS

Letzte Aktualisierung: 08.08.2022

RM04: Klinisches Notfallmanagement

3 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Notfallmanagement

Letzte Aktualisierung: 16.03.2021

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Fixierung
Letzte Aktualisierung: 26.05.2020
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Dekubitusprophylaxe allgemein
Letzte Aktualisierung: 25.02.2022
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Risikomanagement,VA_CIRS
Letzte Aktualisierung: 08.08.2022
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Risikomanagement,VA_CIRS
Letzte Aktualisierung: 08.08.2022
- 8 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM05: Schmerzmanagement
- 9 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP_Akut Schmerzversorgung_Güstrow
Letzte Aktualisierung: 10.07.2023
RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
- 10 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** OP-Statut
Letzte Aktualisierung: 03.01.2022
RM06: Sturzprophylaxe
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** SOP_Sturzprophylaxe
Letzte Aktualisierung: 13.12.2018
- 12 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
- 13 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
- 14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA_Risikomanagement,VA_CIRS
Letzte Aktualisierung: 08.08.2022
RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
- 15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** LL_Patientenidentifikation
Letzte Aktualisierung: 21.04.2022
- 16 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Andere: Komplikationsbesprechungen i. R. des zertifizierten EndoProthetikZentrums

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 1 IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
Letzte Aktualisierung: 08.08.2022
- 2 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
Frequenz: monatlich
- 3 IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
Frequenz: bei Bedarf

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit Um den Mitarbeitern ein Feedback zu geben und über getroffene Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu informieren, wird halbjährlich ein Newsletter intern verschickt. Des Weiteren nimmt die Klinik am CIRSmedical-Netz Deutschland teil. Bei Bedarf finden Besprechungen zu Fällen in einer häufigeren Frequenz statt.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Ja

Genutzte Systeme

- # Bezeichnung
- 1 EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflgerat, Bundesärztekammer)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	2
Erläuterungen	Der Krankenhaushygieniker ist über ein externes Hygieneinstitut beauftragt. Unser hausinterner Krankenhaushygieniker befindet sich derzeit noch in Ausbildung.

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	6
Erläuterungen	Am Standort sind sechs hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen tätig.

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	4

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	36
Erläuterungen	Es sind in allen Bereichen des Krankenhauses hygienebeauftragte Pflegekräfte berufen. In den größeren Bereichen sind 2 hygienebeauftragte Pflegekräfte tätig. Alle hygienebeauftragte Pflegekräfte haben einen Weiterbildungskurs besucht. Hygienetreffen mit den Hygienefachkräften und u.a. der PDL finden regelmäßig statt.

Organisation der Hygiene

Betrieblich-organisatorisch

- Erstellung von Hygiene-, Reinigungs- und Desinfektionsplänen auf der Basis von KRINKO- Empfehlungen und Leitlinien
- Beratung der Krankenhausleitung in Fragen der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- Beratungstätigkeit im Rahmen der Beschaffung medizinischer Güter/ Materialien/ hygienerelevanter Einrichtungsgegenstände
- Beratung von Patienten und Angehörigen zu Hygienemaßnahmen bei speziellen Infektionserkrankungen
- Teilnahme an Vor- und Nachbereitung behördlicher Begehungen in Abstimmung mit KHH/ hygienebeauftragten Ärzt*innen
- Mitwirkung bei Maßnahmen interner und externer Qualitätssicherung in der Krankenhaushygiene
- Mitwirkung in Arbeitsgruppen, Projekten, Qualitätszirkeln und Kommissionen (z. B. Hygienekommission, Ausbruchssitzungen, Arbeitsschutzausschuss, Transfusionskommission o. Ä.)
- Planung, Durchführung und Dokumentation von Beratungen, Schulungen, Fortbildungen, Unterweisungen

und Begehungen

- Organisation von hygienerelevanten Betriebsabläufen und Arbeitsprozessen
- Erfassung, Bewertung und Kommunikation mikrobiologischer Befunde und Mitwirkung bei der Festlegung von krankenhaushygienischen Schutzmaßnahmen
- Mitwirkung bei Auditierungs- und Zertifizierungsverfahren

Baulich-funktionell

- Teilnahme, Mitwirkung an Baubesprechungen und Beratung
- Vor-Ort-Überwachung der Baumaßnahmen (z. B. Staubschutz)

Abteilungs-/ Bereichsbezogen

- Implementierung der hygienischen Vorgaben in die Pflegestandards und entsprechende Beratung des Personals
- Kontrolle der Umsetzung von empfohlenen Hygienemaßnahmen – durch regelmäßige Hygienebegehungen aller Bereiche
- Überwachung der Umsetzung von Empfehlungen in Ver- und Entsorgungsbereichen
- Hilfestellung vor Ort bei der Anwendung von Infektionspräventionsmaßnahmen
- Umfangreiche Schulungen der Mitarbeiter im Rahmen von Einzelgesprächen und Schulungsveranstaltungen

Surveillance

- Erfassung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen
- Erfassung und Bewertung von Erregern mit besonderen Eigenschaften (z. B. Resistenzen/ Multiresistenzen)
- Erstellung von Infektionsstatistiken
- Rückmeldung der Ergebnisse und Analysen an die Bereiche
- Erarbeitung von Präventionszielen

Ausbruchsmangement

- Betreuung und Beratung der Beschäftigten vor Ort im Ausbruchsgeschehen
- Mithilfe bei der Aufklärung von Transmissionsketten im Rahmen des Ausbruchsmangements
- Mitwirkung bei der Erstellung des Abschlussberichtes
- Mitwirkung bei der Festlegung von Maßnahmen zur Prävention von weiteren Ausbrüche

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Dietmar Bänsch
Telefon	03843 341437
Fax	03843 341449
E-Mail	d.baensch@kmg-kliniken.de

Hausinterne Krankenhaushygiene:

Name/ Funktion: Dr. med. Carsten Heinrich, Krankenhaushygieniker (in Ausbildung)

Telefon: 03843 - 34 18 10

E-Mail: C.Heinrich@kmg-Kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Name/Funktion	Prof. Dr. med Dietmar Bänsch, Ärztlicher Direktor
Telefon	03843 341437
Fax	03843 341449
E-Mail	d.baensch@kmg-kliniken.de

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Beachtung der Einwirkzeit	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Hygienische Händedesinfektion	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Kopfhaube	Ja
2	Mund-Nasen-Schutz	Ja
3	Steriles Abdecktuch	Ja
4	Sterile Handschuhe	Ja
5	Steriler Kittel	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur 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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
2	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
3	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
5	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 23

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 109

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

Zusätzlich erfolgen regelmäßig Compliance-Beobachtungen im Rahmen der Aktion "Saubere Hände" in einigen Bereichen.

Dies beinhaltet die direkte Beobachtung des Händedesinfektionsverhalten (Compliance) der Mitarbeiter*innen während der täglichen Arbeit.

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html). Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte	Ja
2	Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
2	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

- # Instrument bzw. Maßnahme
HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums
1 für Surveillance von nosokomialen Infektionen
zusätzlich Teilnahme am ITS-KISS, OP-KISS, Stations-KISS
2 HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
Frequenz: jährlich
3 HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
Frequenz: jährlich
4 HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)
Teilnahme ASH: Zertifikat Silber

Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

- HAND-KISS
- ITS-KISS
- MRSA-KISS
- OP-KISS
- STATIONS-KISS
- SARI

Hand KISS:

- Erfassung des gesamten Jahresverbrauches an Händedesinfektionsmittel pro Abteilung (Nachvollziehbarkeit der Händedesinfektionen der Mitarbeiter)

ITS / MRE – KISS:

- Erfassung und Bewertung nosokomialer Pneumonien, nosokomialer Harnwegsinfektionen und nosokomialer Septikämien auf Intensivstation
- Erfassung und Bewertung von multiresistenten Erregern auf Intensivstationen

MRSA KISS:

- Erfassung und Bewertung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen bzw. Kolonisationen mit Methicillin resistenten Staphylokokkus aureus Stämmen unter Etablierung eines Aufnahmescreenings von risikobehafteten Patienten im Rahmen eines umfangreichen MRSA Managements

OP KISS:

- Surveillance von Wundinfektionen und optional untere Atemwegsinfektionen nach häufigen oder besonders relevanten Operationen (Indikator-OPs).
- Erfassung von: Leistenhernien, Hüft-TEP (Coxarthrose), Knie-TEP

Stations-KISS:

- Erfassung und Bewertung nosokomialer Harnwegsinfektionen auf einer Nicht-Intensivstation

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Nein
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikgeschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Thomas Bürger
Telefon	03843 343001
Fax	03843 343002
E-Mail	gustrow@kmg-kliniken.de

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

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Krankenhausapotheke
Titel, Vorname, Name	Ulrike Wiechmann
Telefon	03843 341100
Fax	03843 341102
E-Mail	u.wiechmann@kmg-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	4
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	4

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.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
3	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
4	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
5	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
6	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
7	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: Erstellung von Servicetabellen durch die Apotheke

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe)

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: Erstellung von Servicetabellen durch die Apotheke

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen
vorgesehen? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Ja

Schutzkonzepte

Schutzkonzept

1 SK01: Informationsgewinnung zur Thematik

2 SK03: Aufklärung

3 SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten

4 SK07: Sonstiges (Prävention)

SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt

5
zentrales Kinderschutzkonzept

Letzte Überprüfung: 29.11.2023

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i>
2	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i>
3	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
4	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>Hirnstrommessung</i> Keine Angabe erforderlich
5	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	<i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i> Keine Angabe erforderlich
6	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	<i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i> Ja
7	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	<i>Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)</i> Keine Angabe erforderlich
8	AA50 - Kapselendoskop	<i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i> Ja
9	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	<i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i> Keine Angabe erforderlich
10	AA23 - Mammographiegerät	<i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i> Ja
11	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	<i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i> Keine Angabe erforderlich
12	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	<i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i> Ja
13	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	<i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i> Keine Angabe erforderlich
14	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	<i>Harnflussmessung</i> Keine Angabe erforderlich
15	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System	<i>Da-Vinci/ OP-Roboter</i>

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA 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 Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 3

Umstand

Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt

Nein

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.

Nein

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

Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0100-GU_INN_I] Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

B-[0100-GU_INN_I].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

B-[0100-GU_INN_I].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100-GU_INN_I].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. univ. Árpád Dávid
Telefon	03843 341950
Fax	03843 343320
E-Mail	A.David@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[0100-GU_INN_I].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[0100-GU_INN_I].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VC06 - Defibrillatoreingriffe
- 2
Elektrische und medikamentöse Kardioversion und Defibrillatoreimplantation
- 3 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 4 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 5 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 6 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 7
inklusive Schrittmacher/ICD-Implantation
- 8 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
inklusive invasive Diagnostik und Therapie
- 9 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 10 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 11 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 12 VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
- 13 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 14 VI20 - Intensivmedizin
- 15 VI40 - Schmerztherapie
VC00 - („Sonstiges“)
- 16
Interventionelle Mitralklappen-Anuloplastie (Carillon Mitral Contour System®), +LAA-/PFO-Verschlüsse
- 17 VC05 - Schrittmachereingriffe
VC00 - („Sonstiges“)
- 18
Anlage von groß- und klein-lumigen Thoraxdrainagen
- 19 VI00 - („Sonstiges“)
Physikalische Therapie
- 20 VC00 - („Sonstiges“)
CRT-Implantationen
- 21 VI00 - („Sonstiges“)
Duplexsonographie
- 22 VI00 - („Sonstiges“)
Eindimensionale Dopplersonographie
- 23 VC10 - Eingriffe am Perikard
Perikarddrainage
- 24 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
- 25
Inklusive Thrombosen und Thromboembolien (TVT, LAE)
- 26 VC71 - Notfallmedizin
im Rahmen der Schockraum- und IMC-Betreuung
- 27 VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
zur Abklärung kardiologischer Genese

- # Medizinische Leistungsangebote
- 28 VI00 - („Sonstiges“): Sonographie mit Kontrastmittel
zum Nachweis kardialen Shunts
- 29 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
bei embolischer Genese und bei Stenosen der extrakraniellen Gefäße
- 30 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie
- 31 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie
- 32 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
bei anaphylaktischen Reaktionen
- 33 VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
nur Diagnostik im Erwachsenenalter
- 34 VK02 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
nur Herz
- 35 VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
z.B. bei Prüfung der Funktion von mechanischen Herzklappen
- 36 VR15 - Arteriographie
zur Vorbereitung für TAVI
- 37 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
in Zusammenarbeit mit der Gastroenterologie

B-[0100-GU_INN_I].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2504
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100-GU_INN_I].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	153
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	148
3	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	136
4	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	128
5	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	99
6	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	93
7	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	83
8	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	79
9	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	71
10	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	60
11	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	57
12	I35.0	Aortenklappenstenose	54
13	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	52
14	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	47
15	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	44
16	R55	Synkope und Kollaps	43
17	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	42
18	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	39
19	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	36
20	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	35
21	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	35
22	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	34
23	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	33
24	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	30
25	I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	30
26	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	27
27	I20.0	Instabile Angina pectoris	24
28	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	23
29	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	22
30	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	22

B-[0100-GU_INN_I].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	409
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	363
3	I21	Akuter Myokardinfarkt	228
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	173
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	139
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	104
7	I11	Hypertensive Herzkrankheit	93
8	I20	Angina pectoris	82
9	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	74
10	J20	Akute Bronchitis	58
11	I26	Lungenembolie	50
12	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	46
13	R55	Synkope und Kollaps	43
14	R07	Hals- und Brustschmerzen	42
15	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	41
16	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	40
17	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	35
18	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	31
19	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	30
20	I47	Paroxysmale Tachykardie	24
21	I95	Hypotonie	21
22	E86	Volumenmangel	19
23	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	17
24	A41	Sonstige Sepsis	15
25	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	15
26	R06	Störungen der Atmung	14
27	I33	Akute und subakute Endokarditis	12
28	M54	Rückenschmerzen	12
29	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	11
30	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	10

B-[0100-GU_INN_I].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100-GU_INN_I].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	961
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	628
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	496
4	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	355
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	342
6	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	280
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	267
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	248
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	202
10	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	202
11	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	191
12	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	180
13	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	150
14	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	150
15	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	146
16	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	124
17	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	124
18	8-83b.07	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer	123
19	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	109
20	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	108
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	103
22	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	102
23	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	99

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	95
25	8-83b.c5	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker	89
26	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	84
27	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	75
28	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	75
29	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	66
30	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	65

B-[0100-GU_INN_I].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	961
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	949
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	897
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	744
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	599
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	496
7	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	280
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	248
9	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	227
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	202
11	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	158
12	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	142
13	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	139
14	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	132
15	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	115
16	3-05g	Endosonographie des Herzens	108
17	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	107
18	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	105
19	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	105
20	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	99
21	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	88
22	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	71
23	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	65
24	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	60
25	8-390	Lagerungsbehandlung	57
26	3-202	Native Computertomographie des Thorax	56

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	52
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	51
29	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	48
30	8-854	Hämodialyse	45

B-[0100-GU_INN_I].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-GU_INN_I].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[0100-GU_INN_I].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz	VI00 - („Sonstiges“)
2	Medizinische Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“): Sprechstunde in Vorbereitung auf eine stationäre kardiologische Untersuchung
3	Medizinische Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“): Schrittmacher und ICD-Nachsorge

B-[0100-GU_INN_I].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100-GU_INN_I].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[0100-GU_INN_I].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[0100-GU_INN_I].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[0100-GU_INN_I].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-GU_INN_I].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	13,75	Fälle je VK/Person	182,773727
Beschäftigungsverhältnis	Mit 13,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,05	Stationär	13,7

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	5,72	Fälle je VK/Person	441,622559
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,72	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,05	Stationär	5,67

B-[0100-GU_INN_I].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
- 2 AQ30 - Innere Medizin und Pneumologie
- 3 AQ23 - Innere Medizin

B-[0100-GU_INN_I].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)
- 2 ZF44 - Sportmedizin
- 3 ZF15 - Intensivmedizin
- 4 ZF28 - Notfallmedizin

B-[0100-GU_INN_I].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		17,77	Fälle je VK/Person	140,911652
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,77

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,45	Fälle je VK/Person	5564,445
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,45

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,5	Fälle je VK/Person	1669,33337
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,5

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		0,97	Fälle je VK/Person	2581,443
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,97

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	1252
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2

B-[0100-GU_INN_I].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[0100-GU_INN_I].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP06 - Ernährungsmanagement
enterale Ernährung

B-[0100-GU_INN_I].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100-GU_INN_II] Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen

B-[0100-GU_INN_II].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen

B-[0100-GU_INN_II].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100-GU_INN_II].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ulrich Kleier
Telefon	03843 341401
Fax	03843 343282009
E-Mail	u.kleier@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[0100-GU_INN_II].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[0100-GU_INN_II].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 2 VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- 3 VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
- 4 VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- 5 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 6 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 7 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 8 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 9 VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
- 10 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 11 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 12 VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
- 13 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 14 VI35 - Endoskopie
- 15 VI20 - Intensivmedizin
- 16 VI38 - Palliativmedizin
- 17 VI39 - Physikalische Therapie
- 18 VI40 - Schmerztherapie

B-[0100-GU_INN_II].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3091
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100-GU_INN_II].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	121
2	K29.1	Sonstige akute Gastritis	120
3	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	70
4	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	64
5	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	56
6	E86	Volumenmangel	55
7	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	54
8	K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion	54
9	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	50
10	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	45
11	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	42
12	K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	40
13	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	40
14	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	40
15	K31.82	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	37
16	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	36
17	K83.1	Verschluss des Gallenganges	33
18	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	32
19	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	31
20	D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Pankreas	30
21	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	30
22	D12.3	Gutartige Neubildung: Colon transversum	29
23	D12.5	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum	28
24	A46	Erysipel [Wundrose]	27
25	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	27
26	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	24
27	A49.8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	24
28	K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	23
29	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	23
30	K22.2	Ösophagusverschluss	22

B-[0100-GU_INN_II].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	232
2	K29	Gastritis und Duodenitis	190
3	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	131
4	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	121
5	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	96
6	K85	Akute Pankreatitis	90
7	N17	Akutes Nierenversagen	80
8	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	72
9	D50	Eisenmangelanämie	59
10	E86	Volumenmangel	55
11	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	54
12	D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	53
13	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	52
14	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	51
15	K57	Divertikulose des Darmes	50
16	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	49
17	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	45
18	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	44
19	K70	Alkoholische Leberkrankheit	40
20	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	40
21	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	40
22	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	38
23	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	36
24	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	36
25	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	34
26	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	34
27	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	29
28	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	28
29	C16	Bösartige Neubildung des Magens	28
30	J20	Akute Bronchitis	28

B-[0100-GU_INN_II].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[0100-GU_INN_II].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1219
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	567
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	537
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	481

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	339
6	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	296
7	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	280
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	252
9	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	227
10	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	221
11	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	217
12	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	211
13	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	189
14	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	160
15	5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese	158
16	3-056	Endosonographie des Pankreas	152
17	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	147
18	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	146
19	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	112
20	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	107
21	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	99
22	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	93
23	8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	87
24	3-202	Native Computertomographie des Thorax	85
25	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	84
26	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	75
27	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	74
28	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	73
29	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	70
30	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	70

B-[0100-GU_INN_II].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1247
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1244
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	825
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	802
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	741
6	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	358
7	5-469	Andere Operationen am Darm	350
8	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	296
9	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	287
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	279
11	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	163
12	3-056	Endosonographie des Pankreas	152
13	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	133
14	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	127
15	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	123
16	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	112
17	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	93
18	3-202	Native Computertomographie des Thorax	85
19	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	84
20	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	70
21	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	70
22	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	62
23	1-426	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	56
24	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	52
25	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	51
26	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	50
27	3-051	Endosonographie des Ösophagus	48
28	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	45
29	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	45
30	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	43

B-[0100-GU_INN_II].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-GU_INN_II].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV	Ambulanz Chefarzt Dr. Kleier <i>- Endosonographie - Duplex-Sonographie abdominalen, retroperitonealen, mediastinalen Gefäße - bilio-pankreatische Diagnostik Therapie - Kapselendoskopie - Prokto- Rektoskopien - Koloskopien - Behandlung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sowie mit chronischen Lebererkrankung</i>
1	(besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
3	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Kleier <i>Chefarztsprechstunde</i>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[0100-GU_INN_II].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz Chefarzt Dr. Kleier	VI00 - („Sonstiges“)
2	Ambulanz Chefarzt Dr. Kleier	VI35 - Endoskopie
3	Chefarztambulanz Dr. Kleier	VX00 - („Sonstiges“)
4	Medizinisches Zentrum	VI00 - („Sonstiges“)
5	Medizinisches Zentrum	VX00 - („Sonstiges“)
6	Medizinische Notaufnahme	VI00 - („Sonstiges“)
7	Medizinische Notaufnahme	VX00 - („Sonstiges“)

B-[0100-GU_INN_II].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[0100-GU_INN_II].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	140
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	122
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	94
4	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	89
5	3-051	Endosonographie des Ösophagus	65
6	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	30
7	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	13
8	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	10
9	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	7
10	5-469.j3	Andere Operationen am Darm: Dilatation des Dickdarmes: Endoskopisch	7
11	3-056	Endosonographie des Pankreas	6
12	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	5
13	1-653	Diagnostische Proktoskopie	5
14	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4
15	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	4
16	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4
17	3-053	Endosonographie des Magens	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes:	
18	5-452.61	Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	< 4
19	8-100.8	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Ösophagogastroduodenoskopie	< 4
20	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	< 4
21	1-447	Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas	< 4
22	5-482.31	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Elektrokoagulation: Endoskopisch	< 4
23	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	< 4
24	1-317.1	pH-Metrie des Magens: Langzeit-pH-Metrie	< 4
25	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	< 4
26	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	< 4
27	5-429.d	Andere Operationen am Ösophagus: Endoskopisches Clippen	< 4
28	3-843.1	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Mit Sekretin-Unterstützung	< 4
29	3-843.0	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	< 4
30	3-058	Endosonographie des Rektums	< 4

B-[0100-GU_INN_II].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	141
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	122
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	100
4	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	94
5	3-051	Endosonographie des Ösophagus	65
6	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	30
7	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	13
8	5-469	Andere Operationen am Darm	9
9	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	7
10	3-056	Endosonographie des Pankreas	6
11	1-653	Diagnostische Proktoskopie	5
12	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	5
13	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4
14	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	4
15	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	4
16	3-053	Endosonographie des Magens	< 4
17	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
18	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	< 4
19	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	< 4
20	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4
21	3-058	Endosonographie des Rektums	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
22	1-447	Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas	< 4
23	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	< 4
24	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4
25	5-640	Operationen am Präputium	< 4
26	1-317	pH-Metrie des Magens	< 4

B-[0100-GU_INN_II].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[0100-GU_INN_II].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-GU_INN_II].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		14,13	Fälle je VK/Person	221,895187
Beschäftigungsverhältnis	Mit	14,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	13,93
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		5,26	Fälle je VK/Person	610,869568
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,26	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	5,06

B-[0100-GU_INN_II].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
2	AQ23 - Innere Medizin

B-[0100-GU_INN_II].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF07 - Diabetologie
2	ZF30 - Palliativmedizin

B-[0100-GU_INN_II].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		21,68	Fälle je VK/Person	142,5738
Beschäftigungsverhältnis	Mit	21,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	21,68

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	3091
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		5,37	Fälle je VK/Person	575,6052
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,37

B-[0100-GU_INN_II].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
 - 2 PQ07 - Pflege in der Onkologie
 - 3 PQ20 - Praxisanleitung
 - 4 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
 - 5 PQ18 - Pflege in der Endoskopie

B-[0100-GU_INN_II].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP03 - Diabetes
 - 2 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
 - 3 ZP20 - Palliative Care

B-[0100-GU_INN_II].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100-GU_INN_III] Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie

B-[0100-GU_INN_III].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Im Frühjahr 2018 wurde am KMG Klinikum Güstrow das Kardiologisch-Rhythmologische Zentrum eröffnet.

Im Zuge des Ausbaus der Herzmedizin am KMG Klinikum Güstrow wurde darüber hinaus die Intensivsta. on umgebaut und eine Intermediate-Care-Station als Überwachungsstation zwischen Intensivversorgung und Unterbringung auf einer regulären Station eingerichtet.

Bereits seit 2013 ist am KMG Klinikum Güstrow die Chest Pain Unit – also die Brustschmerzambulanz – zur optimalen Versorgung von Patient*innen mit Verdacht auf Herzinfarkt zertifiziert. Herzpatient*innen wird eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau mit hochqualifizierte Teams angeboten. Das KMG Klinikum Güstrow verfügt über drei Katheterlabore für die interventionelle – also nicht chirurgische – Herzmedizin, die mit dem Besten an derzeit verfügbarer Medizintechnik ausgestattet sind, u. a. drei Kardio-Angiografie-Anlagen der neuesten Generation, und international jedem Vergleich standhalten.

Eingerichtet wurde ein neues Linksherzkatheterlabor für invasive kardiale Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken sowie für geplante und Notfall-Eingriffe. Unter anderem werden hier Korrekturen von Herzfehlern vorgenommen und Patienten werden mit Stents versorgt. In den beiden elektrophysiologischen Laboren wurden hochmoderne Mapping-Systeme der Firmen Biosense Webster, Abbo und Biotronik installiert, die eine komplexe Kartografie des behandelten Herzens und somit eine punktgenaue Lokalisierung und Behandlung von Herzrhythmusstörungen ermöglichen. Das Verfahren der Katheter-Ablation macht eine medikamentöse Behandlung von Herzrhythmusstörungen überflüssig. Eines der elektrophysiologischen Labore erfüllt besondere hygienische Anforderungen und funktioniert als Hybrid-OP. Das bedeutet, dass hier sowohl komplexe Ablationen durchgeführt werden können als auch die Implantation von Elektroaggregaten wie Herzschritzmachern und Defibrillatoren.

Die Katheterlabore stehen unter der Verantwortung von Dr. Árpád Dávid, Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, und Prof. Dr. Dietmar Bänsch, Chefarzt der Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie am KMG Klinikum Güstrow.

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Rhythmologie und klinische Elektrophysiologie

B-[0100-GU_INN_III].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100-GU_INN_III].1.2 Ärztliche Leitung**Leistungsart**

Leistungsart	Chefarzt / Chefärztin
--------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Dietmar Bänsch
Telefon	03843 341435
Fax	03843 341449
E-Mail	d.baensch@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[0100-GU_INN_III].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[0100-GU_INN_III].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Unsere Schwerpunkte sind:

- Paroxysmales Herzrasen mit typischem On-Off-Phänomen ohne EKG-Dokumentation
- Schmal-komplex-tachykardie mit EKG-Dokumentation
- Typisches Vorhofflattern mit EKG-Dokumentation
- Atriale Makro-Reentry-Tachykardien
- Nach Herzoperationen (inzisionale Tachykardien)
- Narben-assoziiert (bei Vorhof-Kardiomyopathien)
- Symptomatisches Vorhofflimmern ohne strukturelle Herzerkrankung
- Symptomatisches Vorhofflimmern bei struktureller Herzerkrankung nach einem ineffektiven antarrhythmischen Therapieversuch
- Ventrikuläre Extrasystolen
 - Symptomatisch
 - Asymptomatisch > 10000/24h
- Symptomatische ventrikuläre Tachykardien ohne strukturelle Herzerkrankung
- Ventrikuläre Tachykardie bei struktureller Herzerkrankung und ICD-Trägern nach erstem VT-Cluster (> 2 VT/24 h oder = 4 Schocks)
- Synkopen bei struktureller Herzerkrankung zum Ausschluss ventrikulärer Tachykardien
- Risikostratifizierung bei nicht anhaltenden ventrikulären Tachykardien nach durchgemachtem Myokardinfarkt

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- 2 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- 3 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 4 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 5 VI27 - Spezialsprechstunde
- 6 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 7 VC05 - Schrittmachereingriffe
- 8 VC06 - Defibrillatoreingriffe
- 9 VI34 - Elektrophysiologie
- 10 VI00 - („Sonstiges“): HIS-Bündel-Stimulation
- 11 VI00 - („Sonstiges“): Schrittmacher mit LBB Stimulation
- 12 VA00 - („Sonstiges“): Kardioversion von Herzrhythmusstörungen
- 13 VA00 - („Sonstiges“): Ablationsbehandlung von Herzrhythmusstörungen
- 14 VA00 - („Sonstiges“): Vorhofflocccluder
- 15 VA00 - („Sonstiges“): Risikostratifizierung für den plötzlichen Herztod
- 16 VA00 - („Sonstiges“): Synkopenabklärung
- 17 VA00 - („Sonstiges“): Kipptischuntersuchungen

Medizinische Leistungsangebote

18 VA00 - („Sonstiges“): Implantation von Ereignisrekordern

B-[0100-GU_INN_III].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1028
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Fallzahlen Ambulanz: 770

B-[0100-GU_INN_III].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	279
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	258
3	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	178
4	I48.3	Vorhofflattern, typisch	81
5	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	54
6	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	42
7	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	17
8	R00.0	Tachykardie, nicht näher bezeichnet	13
9	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	12
10	I45.6	Präexzitations-Syndrom	11
11	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	10
12	R55	Synkope und Kollaps	9
13	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	7
14	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	6
15	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	4
16	I49.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Extrasystolie	4
17	I44.0	Atrioventrikulärer Block 1. Grades	4
18	I45.3	Trifaszikulärer Block	< 4
19	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
20	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	< 4
21	R00.2	Palpitationen	< 4
22	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	< 4
23	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	< 4
24	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	< 4
25	I49.8	Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien	< 4
26	I44.6	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Faszikelblock	< 4
27	I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie	< 4
28	I24.1	Postmyokardinfarkt-Syndrom	< 4
29	I45.2	Bifaszikulärer Block	< 4
30	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	< 4

B-[0100-GU_INN_III].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	639
2	I47	Paroxysmale Tachykardie	220

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	79
4	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	21
5	R00	Störungen des Herzschlages	16
6	I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	15
7	R55	Synkope und Kollaps	9
8	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	7
9	I50	Herzinsuffizienz	4
10	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	< 4
11	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	< 4
12	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	< 4
13	I42	Kardiomyopathie	< 4
14	K80	Cholelithiasis	< 4
15	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
16	R42	Schwindel und Taumel	< 4
17	I95	Hypotonie	< 4
18	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	< 4
19	G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	< 4
20	I24	Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	< 4

B-[0100-GU_INN_III].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100-GU_INN_III].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	846
2	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	722
3	1-265.4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalem QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien	639
4	8-835.8	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	628
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	535
6	1-274.30	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel	401
7	8-835.h	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Messung des Anpressdruckes	381
8	8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	373
9	1-265.e	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflimmern	365
10	3-611.1	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Pulmonalvenen	356
11	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	350
12	1-266.3	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Medikamentöser Provokationstest (zur Erkennung von Arrhythmien)	162

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
13	8-835.20	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	100
14	8-835.30	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof	95
15	1-265.f	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Vorhofflattern	80
16	1-265.7	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei nicht anhaltenden Kammertachykardien und/oder ventrikulären Extrasystolen	77
17	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	60
18	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	57
19	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	46
20	8-835.34	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel	44
21	5-377.d	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem	39
22	1-265.6	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit breitem QRS-Komplex	34
23	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	34
24	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	34
25	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	33
26	8-835.21	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: AV-Knoten	28
27	8-835.22	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Konventionelle Radiofrequenzablation: Rechter Ventrikel	18
28	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]	18
29	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	17
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	17

B-[0100-GU_INN_III].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	1700
2	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	1213
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	846
4	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	722
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	535
6	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	417
7	3-611	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax	357
8	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	350
9	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	240
10	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	154
11	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	73
12	1-268	Kardiales Mapping	63
13	9-984	Pflegebedürftigkeit	61
14	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	24
15	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	11
16	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
17	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	6
18	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	5
19	8-020	Therapeutische Injektion	5
20	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	5
21	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	5
22	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	< 4
23	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	< 4
24	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
25	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	< 4
26	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	< 4
27	1-790	Polysomnographie	< 4
28	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	< 4
29	3-202	Native Computertomographie des Thorax	< 4
30	3-204	Native Computertomographie des Herzens	< 4

B-[0100-GU_INN_III].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-GU_INN_III].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>rhythmologische Spezialsprechstunde</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>telemedizinische Nachsorge von Ereignisrekordern, Schrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren, CRT-Geräten</i>
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Telemedizin-Sprechstunde</i>
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Schrittmacher-/ Defibrillator-Nachsorgen bei Problemfällen (keine Routinekontrolle)</i>
6	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Schrittmacher-/ Defibrillator-Nachsorgen</i>
7	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators</i>
8	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>7-Tage LZ-EKG</i>
9	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>12-Kanal-LZ-EKG</i>
10	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer</i>
11	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
12	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch <i>Telemonitoring von Herzschrittmachern und Defibrillatoren</i>

B-[0100-GU_INN_III].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch	VI00 - („Sonstiges“)
2	Chefarztambulanz Prof. Dr. Bänsch	VI34 - Elektrophysiologie

B-[0100-GU_INN_III].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100-GU_INN_III].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[0100-GU_INN_III].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[0100-GU_INN_III].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[0100-GU_INN_III].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-GU_INN_III].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	5,04	Fälle je VK/Person	203,968262
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	5,04
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	3,53	Fälle je VK/Person	291,21814
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	3,53

B-[0100-GU_INN_III].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie

B-[0100-GU_INN_III].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[0100-GU_INN_III].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

0

Die Versorgung der Patienten erfolgt durch das Pflegepersonal der Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin, eine Splittung ist daher nicht möglich.

B-[0100-GU_INN_III].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[0100-GU_INN_III].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP06 - Ernährungsmanagement

B-[0100-GU_INN_III].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0102-GU_GERI] Klinik für Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0102 - Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Renate Linder (M. sc.)
Telefon	03843 342757
Fax	03843 343282757
E-Mail	r.linder@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[0102-GU_GERI].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[0102-GU_GERI].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

B-[0102-GU_GERI].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	300
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0102-GU_GERI].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	17
2	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	13
3	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	10
4	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	10
5	S32.1	Fraktur des Os sacrum	9
6	S32.5	Fraktur des Os pubis	8
7	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	8
8	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	8
9	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	7
10	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	6
11	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	6
12	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	5
13	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	5
14	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	5
15	E86	Volumenmangel	5
16	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	4
17	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	4
18	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	4
19	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	4
20	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	4
21	R55	Synkope und Kollaps	< 4
22	I63.4	Hirnininfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	< 4
23	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	< 4
24	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	< 4
25	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	< 4
26	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	< 4
27	M54.5	Kreuzschmerz	< 4
28	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	< 4
29	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	< 4
30	I63.8	Sonstiger Hirnininfarkt	< 4

B-[0102-GU_GERI].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	56
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	28
3	I50	Herzinsuffizienz	17
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	12
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	10
6	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	9
7	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	8
8	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	8
9	I63	Hirnfarkt	8
10	S52	Fraktur des Unterarmes	8
11	I21	Akuter Myokardinfarkt	7
12	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	7
14	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	7
15	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	6
16	M48	Sonstige Spondylopathien	6
17	E86	Volumenmangel	5
18	M54	Rückenschmerzen	4
19	S06	Intrakranielle Verletzung	4
20	R55	Synkope und Kollaps	< 4
21	J20	Akute Bronchitis	< 4
22	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	< 4
23	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	< 4
24	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	< 4
25	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	< 4
26	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	< 4
27	M47	Spondylose	< 4
28	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	< 4
29	I95	Hypotonie	< 4
30	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	< 4

B-[0102-GU_GERI].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[0102-GU_GERI].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	253
2	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	24
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	22

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
4	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	16
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	16
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	15
7	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	14
8	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	11
9	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	10
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	9
11	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	8
12	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	7
13	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	6
14	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	5
15	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	5
16	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	4
17	1-206	Neurographie	4
18	1-790	Polysomnographie	< 4
19	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	< 4
20	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator [ICD]	< 4
21	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	< 4
22	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	< 4
23	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
24	5-790.0d	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Becken	< 4
25	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	< 4
26	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	< 4
27	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	< 4
28	5-210.1	Operative Behandlung einer Nasenblutung: Elektrokoagulation	< 4
29	5-896.07	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	< 4
30	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	< 4

B-[0102-GU_GERI].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	272
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	52
3	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	47
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	15
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	10
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	9
7	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	7
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	6
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	6
10	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	6
11	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	5
12	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	5
13	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5
14	8-190	Spezielle Verbandstechniken	4
15	1-206	Neurographie	4
16	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
17	1-790	Polysomnographie	< 4
18	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	< 4
19	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 4
20	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
21	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	< 4
22	5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	< 4
23	5-916	Temporäre Weichteildeckung	< 4
24	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	< 4
25	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	< 4
26	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
27	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	< 4
28	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	< 4
29	8-390	Lagerungsbehandlung	< 4
30	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4

B-[0102-GU_GERI].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[0102-GU_GERI].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[0102-GU_GERI].11 Personelle Ausstattung

B-[0102-GU_GERI].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,67	Fälle je VK/Person	112,35955
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,67	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,67

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,25	Fälle je VK/Person	133,333328
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,25

B-[0102-GU_GERI].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ23 - Innere Medizin

B-[0102-GU_GERI].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
1 ZF09 - Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		6,31	Fälle je VK/Person	47,54358
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,31

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,46	Fälle je VK/Person	86,7052
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,46

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		4,65	Fälle je VK/Person	64,51613
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,65	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,65

B-[0102-GU_GERI].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[0102-GU_GERI].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP07 - Geriatrie

B-[0102-GU_GERI].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1000-GU_KJM] Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

B-[1000-GU_KJM].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

B-[1000-GU_KJM].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1000 - Pädiatrie

B-[1000-GU_KJM].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Heiko Fliß
Telefon	03843 342202
Fax	03843 343440
E-Mail	h.fliss@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[1000-GU_KJM].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[1000-GU_KJM].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
- 2 VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- 3 VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
- 4 VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- 5 VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
- 6 VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
- 7 VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
- 8 VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
- 9 VK09 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
- 10 VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
- 11 VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
- 12 VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
- 13 VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
- 14 VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
- 15 VK37 - Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen
- 16 VK12 - Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
- 17 VK25 - Neugeborenencreening
- 18 VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
- 19 VK23 - Versorgung von Mehrlingen
- 20 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 21 VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
- 22 VD07 - Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Basisbehandlung

B-[1000-GU_KJM].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1309
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1000-GU_KJM].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	145
2	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	72
3	Z03.8	Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen	70
4	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	49
5	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	49
6	B34.0	Infektion durch Adenoviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	41
7	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	34
8	P07.3	Sonstige vor dem Termin Geborene	31
9	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	31
10	S39.9	Nicht näher bezeichnete Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	28
11	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	28
12	H66.0	Akute eitrige Otitis media	24
13	R51	Kopfschmerz	20
14	A08.0	Enteritis durch Rotaviren	15
15	J06.9	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	14
16	P70.4	Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen	14
17	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	13
18	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	11
19	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	11
20	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	11
21	B27.0	Mononukleose durch Gamma-Herpesviren	11
22	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	10
23	J38.5	Laryngospasmus	10
24	R55	Synkope und Kollaps	9
25	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	9
26	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	9
27	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	9
28	S52.4	Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert	9
29	P07.12	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1500 bis unter 2500 Gramm	9
30	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	8

B-[1000-GU_KJM].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	145
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	141
3	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	75
4	J20	Akute Bronchitis	67
5	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	55
6	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	51
7	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	43
8	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	41
9	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	41
10	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	30
11	S39	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	29
12	K35	Akute Appendizitis	26
13	S52	Fraktur des Unterarmes	22
14	R51	Kopfschmerz	20
15	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	18
16	J03	Akute Tonsillitis	18
17	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	15
18	K29	Gastritis und Duodenitis	15
19	P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	14
20	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	13
21	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	12
22	B27	Infektiöse Mononukleose	11
23	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	10
24	R55	Synkope und Kollaps	9
25	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	9
26	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	9
27	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	9
28	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	8
29	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8
30	J05	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	8

B-[1000-GU_KJM].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1000-GU_KJM].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	348
2	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	145
3	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	138
4	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	120
5	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	96
6	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	90
7	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiiell, transoral	84
8	8-010.3	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich	54
9	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	51
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	36
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	29
12	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	28
13	8-560.2	Lichttherapie: Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)	24
14	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	22
15	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	18
16	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	16
17	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	15
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	15
19	1-207.1	Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	11
20	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	11
21	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	11
22	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	10
23	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	10
24	5-790.28	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft	9
25	8-171.0	Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres: Äußerer Gehörgang	8
26	5-205.0	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr: An der Paukenhöhle	8
27	8-902	Balancierte Anästhesie	8
28	5-790.25	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiuschaft	8
29	8-015.0	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung: Über eine Sonde	7
30	5-984	Mikrochirurgische Technik	7

B-[1000-GU_KJM].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	348
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	161
3	5-200	Parazentese [Myringotomie]	147
4	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	139
5	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	131
6	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	101
7	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	91
8	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	54
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	48
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	36
11	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	34
12	5-470	Appendektomie	28
13	8-560	Lichttherapie	24
14	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	22
15	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	22
16	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	21
17	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	18
18	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	12
19	1-650	Diagnostische Koloskopie	10
20	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	10
21	8-171	Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres	9
22	5-205	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr	8
23	8-902	Balancierte Anästhesie	8
24	5-194	Myringoplastik [Tympoplastik Typ I]	8
25	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	8
26	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	8
27	5-984	Mikrochirurgische Technik	7
28	8-015	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung	7
29	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	7
30	5-195	Tympoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	7

B-[1000-GU_KJM].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1000-GU_KJM].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Hr. Fliß
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[1000-GU_KJM].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM11	VK00 - („Sonstiges“)
2	AM11	VX00 - („Sonstiges“)
3	Chefarztambulanz Hr. Fliß	VK00 - („Sonstiges“)
4	Medizinische Notaufnahme	VK00 - („Sonstiges“)
5	Medizinische Notaufnahme	VX00 - („Sonstiges“)

B-[1000-GU_KJM].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1000-GU_KJM].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[1000-GU_KJM].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[1000-GU_KJM].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[1000-GU_KJM].11 Personelle Ausstattung

B-[1000-GU_KJM].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,09	Fälle je VK/Person	214,94252
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,84	Ohne	0,25
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,09
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				

Gesamt		2,28	Fälle je VK/Person	574,1228
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,03	Ohne	0,25
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,28

B-[1000-GU_KJM].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
2	AQ09 - Kinderchirurgie (MWBO 2003)

B-[1000-GU_KJM].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1000-GU_KJM].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,9	Fälle je VK/Person	451,3793
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,9

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		12,14	Fälle je VK/Person	107,825371
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,14	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,14

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,83	Fälle je VK/Person	1577,10852
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,83

B-[1000-GU_KJM].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 3 PQ20 - Praxisanleitung

B-[1000-GU_KJM].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP28 - Still- und Laktationsberatung

B-[1000-GU_KJM].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500-GU_CH_ALL] Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

B-[1500-GU_CH_ALL].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

B-[1500-GU_CH_ALL].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-GU_CH_ALL].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christoph Prinz
Telefon	03843 342009
Fax	03843 343468
E-Mail	c.prinz@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[1500-GU_CH_ALL].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[1500-GU_CH_ALL].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC60 - Adipositaschirurgie
- 2 VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
- 3 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 4 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
- 5 VC61 - Dialyseshuntchirurgie
- 6 VC21 - Endokrine Chirurgie
- 7 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 8 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 9 VC11 - Lungenchirurgie
- 10 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
- 11 VC68 - Mammachirurgie
- 12 VC59 - Mediastinoskopie
- 13 VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 14 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 15 VC71 - Notfallmedizin
- 16 VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
- 17 VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
- 18 VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
- 19 VC62 - Portimplantation
- 20 VC58 - Spezialsprechstunde
- 21 VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
- 22 VC24 - Tumorchirurgie
- 23 VC00 - („Sonstiges“): konventionelle und minimal-invasive Hernienchirurgie
- 24 VC63 - Amputationschirurgie
- 25 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 26 VC00 - („Sonstiges“): Sonstige med. Leistungsangebote
- 27 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 28 VC44 - Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
- 29 VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
- 30 VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
- 31 VD20 - Wundheilungsstörungen

B-[1500-GU_CH_ALL].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1226
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500-GU_CH_ALL].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	107
2	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	78
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	47
4	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	39
5	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	38
6	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	36
7	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	35
8	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	31
9	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	29
10	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	28
11	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	25
12	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	22
13	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	19
14	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	17
15	A46	Erysipel [Wundrose]	17
16	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	16
17	K61.0	Analabszess	15
18	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	15
19	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	14
20	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	14
21	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	12
22	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	12
23	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	12
24	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	11
25	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	11
26	K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess	10
27	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	10
28	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	9
29	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	9
30	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	9

B-[1500-GU_CH_ALL].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	153
2	K40	Hernia inguinalis	127
3	K80	Cholelithiasis	127
4	K35	Akute Appendizitis	71
5	K43	Hernia ventralis	54
6	K57	Divertikulose des Darmes	51
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	44
8	E04	Sonstige nichttoxische Struma	36
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	28
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	26
11	K42	Hernia umbilicalis	25
12	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	18
13	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	17
14	A46	Erysipel [Wundrose]	17
15	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	17
16	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	16
17	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	16
18	L05	Pilonidalzyste	15
19	C16	Bösartige Neubildung des Magens	15
20	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	15
21	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	13
22	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	13
23	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	12
24	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10
25	E66	Adipositas	10
26	K81	Cholezystitis	10
27	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
28	I83	Varizen der unteren Extremitäten	9
29	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	8
30	K85	Akute Pankreatitis	8

B-[1500-GU_CH_ALL].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[1500-GU_CH_ALL].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	165
2	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	161
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	134
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	129
5	3-608	Supraselektive Arteriographie	129

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	119
7	1-610.1	Diagnostische Laryngoskopie: Indirekt	83
8	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	79
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	71
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	71
11	3-13c.3	Cholangiographie: Durch Zugang im Rahmen einer Laparotomie oder Laparoskopie	70
12	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	69
13	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	67
14	5-932.12	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	62
15	8-83b.51	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 2 oder mehr Modellierballons	59
16	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	57
17	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	56
18	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	50
19	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	47
20	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	38
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	38
22	8-83b.50	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons: 1 Modellierballon	34
23	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	31
24	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	30
25	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem	29
26	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	29
27	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	28
28	5-536.49	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	28

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	27
30	5-865.8	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenstrahlresektion	24

B-[1500-GU_CH_ALL].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	255
2	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	203
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	192
4	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	179
5	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	165
6	5-511	Cholezystektomie	163
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	161
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	133
9	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	129
10	3-608	Superselektive Arteriographie	129
11	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	111
12	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	83
13	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	83
14	3-13c	Cholangiographie	75
15	5-381	Endarteriektomie	64
16	5-469	Andere Operationen am Darm	63
17	5-470	Appendektomie	59
18	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	57
19	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	54
20	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	48
21	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	46
22	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	45
23	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	41
24	5-916	Temporäre Weichteildeckung	35
25	8-190	Spezielle Verbandstechniken	35
26	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	31
27	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	29
28	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	29
29	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	28
30	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	27

B-[1500-GU_CH_ALL].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500-GU_CH_ALL].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsprechstunde Herr CA Dr. Christoph Prinz <i>konsiliarärztliche Leistungen auf dem Gebiet der Onkologie auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Chirurgie, niedergelassenen Gastroenterologen und Pneumologen und onkologischen Schwerpunktpraxen</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsprechstunde Herr Viktor Munk <i>Durchführung konsiliarischer Gefäßchirurgischer Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten, Behandlung von Niereninsuffizienzen, Patienten mit einer AV-Shunt-Problematik auf Überweisung von niedergelassenen Nephrologen und zur Dialyse ermächtigten Ärzten und Einrichtungen</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungsprechstunde Herr Viktor Munk <i>Versorgung sekundär heilender Wunden mittels Vakuumtherapie sowie um die konsiliarische Vorstellung zur duplexsonographischen Diagnostik</i>
4	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Prinz
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
6	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[1500-GU_CH_ALL].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. Prinz	VC00 - („Sonstiges“): Allgemeinchirurgie
2	Ermächtigungsprechstunde Herr CA Dr. Christoph Prinz	VX00 - („Sonstiges“): Onkologische Sprechstunde
3	Ermächtigungsprechstunde Herr Viktor Munk	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Medizinisches Zentrum	VC00 - („Sonstiges“): Koloproktologie und Beckenbodenchirurgie
5	Medizinisches Zentrum	VC00 - („Sonstiges“): Hernien Sprechstunde

B-[1500-GU_CH_ALL].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1500-GU_CH_ALL].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	89
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	37
3	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
4	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	< 4
5	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	< 4
6	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	< 4
7	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	< 4
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
9	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	< 4
10	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4
11	5-894.18	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterarm	< 4
12	5-898.9	Operationen am Nagelorgan: Nagelplastik	< 4
13	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	< 4
14	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	< 4
15	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	< 4
16	5-534.35	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	< 4
17	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	< 4

B-[1500-GU_CH_ALL].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	126
2	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
3	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	< 4
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
5	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
6	5-898	Operationen am Nagelorgan	< 4
7	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
8	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
9	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
10	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
11	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarmes	< 4
12	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	< 4
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4

**B-[1500-GU_CH_ALL].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[1500-GU_CH_ALL].11 Personelle Ausstattung**B-[1500-GU_CH_ALL].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,27	Fälle je VK/Person	140,2746
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,53	Stationär	8,74
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		6,99	Fälle je VK/Person	189,783279
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,53	Stationär	6,46

B-[1500-GU_CH_ALL].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
 - 2 AQ07 - Gefäßchirurgie
 - 3 AQ12 - Thoraxchirurgie
 - 4 AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1500-GU_CH_ALL].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF28 - Notfallmedizin
 - 2 ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

B-[1500-GU_CH_ALL].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		12,86	Fälle je VK/Person	95,33437
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,86
Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt		0,56	Fälle je VK/Person	2189,28564
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,56
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt		3,39	Fälle je VK/Person	361,651917
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,39

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
in Vollkräften**

Gesamt		1,01	Fälle je VK/Person	1213,86145
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,01

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,17	Fälle je VK/Person	1047,86328
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,17

**B-[1500-GU_CH_ALL].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte
Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 3 PQ20 - Praxisanleitung

B-[1500-GU_CH_ALL].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP15 - Stomamanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement

**B-[1500-GU_CH_ALL].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

B-[1500-GU_SCHMERZ] Schmerztherapie

B-[1500-GU_SCHMERZ].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart Nicht Bettenführende Abteilung

Name der Organisationseinheit/Fachabteilung Schmerztherapie

Die Fachabteilung Schmerztherapie ist der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin angegliedert. Die medikamentöse und katheterbasierte Schmerztherapie erfolgt u. a. auch auf den Normalstationen.

B-[1500-GU_SCHMERZ].1.1 Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

1 1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-GU_SCHMERZ].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Chefarzt

Titel, Vorname, Name Dr. med. Toralf Noky

Telefon 03843 341601

Fax 03843 343281601

E-Mail t.noky@kmg-kliniken.de

Strasse Friedrich-Trendelenburg-Allee

Hausnummer 1

PLZ 18273

Ort Güstrow

URL <http://www.kmg-kliniken.de>

B-[1500-GU_SCHMERZ].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[1500-GU_SCHMERZ].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI40 - Schmerztherapie <i>Akutschmerz, Konsildienst für Patient*innen mit chronischem Schmerz und Tumorschmerz</i>
2	VN23 - Schmerztherapie <i>Akutschmerz, Konsildienst für Patient*innen mit chronischem Schmerz und Tumorschmerz</i>
3	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
4	VU18 - Schmerztherapie <i>Akutschmerz, Konsildienst für Patient*innen mit chronischem Schmerz und Tumorschmerz</i>
5	VX00 - („Sonstiges“): geburtshilfliche PDA <i>Patientenkontrollierte epidurale Schmerztherapie (Schmerzpumpe)</i>

B-[1500-GU_SCHMERZ].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	71
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500-GU_SCHMERZ].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M54.4	Lumboischialgie	12
2	M54.87	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbosakralbereich	8
3	M54.2	Zervikalneuralgie	5
4	M25.51	Gelenkschmerz: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	4
5	M54.5	Kreuzschmerz	4
6	M54.85	Sonstige Rückenschmerzen: Thorakolumbalbereich	4
7	M79.62	Schmerzen in den Extremitäten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]	< 4
8	G56.8	Sonstige Mononeuropathien der oberen Extremität	< 4
9	M25.54	Gelenkschmerz: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]	< 4
10	M54.17	Radikulopathie: Lumbosakralbereich	< 4
11	M79.61	Schmerzen in den Extremitäten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
12	G44.2	Spannungskopfschmerz	< 4
13	M79.67	Schmerzen in den Extremitäten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
14	R51	Kopfschmerz	< 4
15	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
16	M76.6	Tendinitis der Achillessehne	< 4
17	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen	< 4
18	M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich	< 4
19	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	< 4

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
20	M54.10	Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	< 4
21	G90.50	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ I	< 4
22	M06.00	Seronegative chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen	< 4
23	M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich	< 4
24	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	< 4
25	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	< 4
26	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	< 4
27	M79.65	Schmerzen in den Extremitäten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
28	M25.50	Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen	< 4
29	M79.60	Schmerzen in den Extremitäten: Mehrere Lokalisationen	< 4
30	M54.80	Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	< 4

B-[1500-GU_SCHMERZ].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	38
2	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	8
3	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	7
4	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	< 4
5	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	< 4
6	M47	Spondylose	< 4
7	M48	Sonstige Spondylopathien	< 4
8	G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	< 4
9	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	< 4
10	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	< 4
11	R51	Kopfschmerz	< 4
12	G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	< 4
13	M76	Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes	< 4
14	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	< 4
15	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	< 4
16	M45	Spondylitis ankylosans	< 4
17	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[1500-GU_SCHMERZ].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500-GU_SCHMERZ].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	1065
2	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	64
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	22
4	8-918.13	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon weniger als 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	19
5	8-918.11	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	17
6	8-918.12	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	9
7	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	8
8	1-790	Polysomnographie	8
9	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	7
10	8-918.10	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Bis zu 41 Therapieeinheiten	6
11	1-206	Neurographie	5
12	8-916.01	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Am thorakalen Grenzstrang	< 4
13	8-918.01	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	< 4
14	8-918.00	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Bis zu 20 Therapieeinheiten	< 4
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4
16	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	< 4
17	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	< 4
18	8-916.11	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Am thorakalen Grenzstrang	< 4
19	8-916.10	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Am zervikalen Grenzstrang	< 4
20	8-916.12	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Am lumbalen Grenzstrang	< 4
21	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	< 4
22	8-916.0x	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Sonstige	< 4
23	8-918.02	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
24	8-716.10	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Nicht invasive häusliche Beatmung	< 4
25	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	< 4
26	8-918.20	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 21 Behandlungstage: Bis zu 83 Therapieeinheiten	< 4
27	8-914.1x	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Sonstige	< 4
28	8-916.00	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: Am zervikalen Grenzstrang	< 4
29	3-05x	Andere Endosonographie	< 4
30	8-981.20	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	< 4

B-[1500-GU_SCHMERZ].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1098
2	1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	64
3	8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	59
4	8-916	Injektion eines Medikamentes an das sympathische Nervensystem zur Schmerztherapie	11
5	8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	8
6	1-790	Polysomnographie	8
7	1-206	Neurographie	5
8	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	< 4
9	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	< 4
10	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	< 4
11	3-05x	Andere Endosonographie	< 4
12	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	< 4
13	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	< 4
14	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	< 4
15	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	< 4
16	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	< 4
17	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	< 4

B-[1500-GU_SCHMERZ].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500-GU_SCHMERZ].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[1500-GU_SCHMERZ].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[1500-GU_SCHMERZ].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1500-GU_SCHMERZ].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[1500-GU_SCHMERZ].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

**B-[1500-GU_SCHMERZ].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[1500-GU_SCHMERZ].11 Personelle Ausstattung

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 0

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ01 - Anästhesiologie

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2 Pflegepersonal

Die Abteilung Schmerz ist der Fachabteilung Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin angegliedert. Das Personal wird daher nicht separat aufgeführt.

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

1 ZP14 - Schmerzmanagement

1
z. B. Pflegeexperte, Schmerzmanagement, Pain Nurse

B-[1500-GU_SCHMERZ].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2200-GU_UR] Klinik für Urologie

B-[2200-GU_UR].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Urologie

B-[2200-GU_UR].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

B-[2200-GU_UR].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Mahmoud Sayyad
Telefon	03843 341601
Fax	03843 343281601
E-Mail	m.sayyad@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2200-GU_UR].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[2200-GU_UR].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
- 2 VU00 - („Sonstiges“): Robotikchirurgie
- 3 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
- 4 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
- 5 VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
- 6 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
- 7 VU08 - Kinderurologie
- 8 VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 9 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 10 VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
- 11 VU18 - Schmerztherapie
- 12 VU14 - Spezialsprechstunde
- 13 VU13 - Tumorchirurgie
- 14 VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
- 15 VG16 - Urogynäkologie
- 16 VU00 - („Sonstiges“): Urologische Prothetik
- 17 VU00 - („Sonstiges“): stationäre medikamentöse Tumorthherapie (Uro-Onkologie)
- 18 VU00 - („Sonstiges“): Ambulante medikamentöse Tumorthherapie (Uro-Onkologie)

B-[2200-GU_UR].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1350
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200-GU_UR].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N40	Prostatahyperplasie	197
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	157
3	D09.0	Carcinoma in situ: Harnblase	120
4	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	68
5	N20.0	Nierenstein	61
6	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	60
7	N20.1	Ureterstein	59
8	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	53
9	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	43
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	42
11	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	38
12	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	24
13	N13.63	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere	21
14	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	19
15	N32.0	Blasenhalsobstruktion	17
16	D30.3	Gutartige Neubildung: Harnblase	17
17	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	14
18	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	14
19	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	12
20	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	12
21	N49.2	Entzündliche Krankheiten des Skrotums	11
22	N43.2	Sonstige Hydrozele	10
23	N13.65	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere	10
24	N13.61	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert, mit Infektion der Niere	9
25	C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet	9
26	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	9
27	D30.0	Gutartige Neubildung: Niere	9
28	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	8
29	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	7
30	A49.8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	7

B-[2200-GU_UR].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N40	Prostatahyperplasie	197
2	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	184
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	157
4	N20	Nieren- und Ureterstein	134
5	D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	124
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	76
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	60
8	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	58
9	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	42
10	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	29
11	N45	Orchitis und Epididymitis	26
12	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	26
13	N30	Zystitis	19
14	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	14
15	N43	Hydrozele und Spermatozele	14
16	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	12
17	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	12
18	N35	Harnröhrenstriktur	12
19	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	10
20	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	10
21	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	10
22	N17	Akutes Nierenversagen	9
23	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	9
24	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane	9
25	R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	6
26	N21	Stein in den unteren Harnwegen	6
27	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	6
28	A41	Sonstige Sepsis	5
29	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	5
30	I86	Varizen sonstiger Lokalisationen	4

B-[2200-GU_UR].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2200-GU_UR].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	360
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	301
3	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	229
4	3-13d.5	Urographie: Retrograd	192
5	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	172
6	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	130
7	3-13f	Zystographie	122
8	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	117
9	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	112
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	102
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	91
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	72
13	5-98b.0	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Einmal-Ureterorenoskop	61
14	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	60
15	5-985.9	Lasertechnik: Holmium-Laser	51
16	5-550.31	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch	50
17	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	48
18	8-541.4	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren: In die Harnblase	39
19	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	39
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	38
21	5-573.20	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision: Nicht fluoreszenzgestützt	37
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	34
23	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	33
24	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	32
25	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	32
26	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	30
27	5-604.42	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	29

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	28
29	5-604.12	Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	23
30	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	23

B-[2200-GU_UR].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	398
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	301
3	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	249
4	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	236
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	227
6	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	218
7	3-13d	Urographie	213
8	3-13f	Zystographie	122
9	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	119
10	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	117
11	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	112
12	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	108
13	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	102
14	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	96
15	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	64
16	5-985	Lasertechnik	61
17	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	52
18	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	39
19	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	39
20	5-553	Partielle Resektion der Niere	33
21	5-572	Zystostomie	32
22	5-554	Nephrektomie	29
23	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	23
24	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	19
25	5-597	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter	19
26	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	18
27	8-854	Hämodialyse	17
28	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	16
29	5-576	Zystektomie	16
30	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	15

B-[2200-GU_UR].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2200-GU_UR].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ambulanz Urologie <i>Durchführung ambulanter Chemotherapien bei uro-onkologisch erkrankten Patienten sowie zur Behandlung von urologischen Problemfällen</i>
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Sayyad
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[2200-GU_UR].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. Sayyad	VU00 - („Sonstiges“)
2	Ambulanz Urologie	VU00 - („Sonstiges“): Robotische Urologie
3	Medizinisches Zentrum	VU00 - („Sonstiges“)
4	Medizinische Notaufnahme	VU00 - („Sonstiges“)

B-[2200-GU_UR].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2200-GU_UR].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	69
2	3-13d.5	Urographie: Retrograd	56
3	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	45
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	37
5	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	28
6	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	27
7	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	18
8	5-611	Operation einer Hydrocele testis	15
9	5-640.0	Operationen am Präputium: Frenulotomie	13
10	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	11
11	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	10
12	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	5
13	5-640.5	Operationen am Präputium: Lösung von Präputialverklebungen	5
14	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	4
15	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4
16	5-582.1	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Resektion, transurethral	< 4
17	5-631.0	Exzision im Bereich der Epididymis: Zyste	< 4
18	5-573.20	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision: Nicht fluoreszenzgestützt	< 4
19	8-137.02	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	< 4
20	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
21	5-985.1	Lasertechnik: CO2-Laser	< 4
22	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	< 4
23	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
24	5-581.0	Plastische Meatotomie der Urethra: Inzision	< 4
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
26	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	< 4
27	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	< 4
28	5-550.0	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrotomie	< 4
29	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
30	1-460.2	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Harnblase	< 4

B-[2200-GU_UR].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-640	Operationen am Präputium	116
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	104
3	3-13d	Urographie	56
4	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	37
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	15
6	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	11
7	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	6
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	5
9	5-572	Zystostomie	4
10	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	4
11	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	4
12	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	4
13	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
14	5-622	Orchidektomie	< 4
15	5-985	Lasertechnik	< 4
16	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 4
17	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	< 4
18	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
19	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	< 4
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
21	1-460	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata	< 4
22	1-660	Diagnostische Urethroskopie	< 4
23	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
24	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
26	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	< 4
27	3-13g	Urethrographie	< 4
28	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	< 4
29	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	< 4
30	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	< 4

B-[2200-GU_UR].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2200-GU_UR].11 Personelle Ausstattung

B-[2200-GU_UR].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,27	Fälle je VK/Person	266,2722
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,27	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	5,07
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4	Fälle je VK/Person	355,263153
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,2	Stationär	3,8

B-[2200-GU_UR].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ60 - Urologie

B-[2200-GU_UR].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1 ZF04 - Andrologie

2 ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie

B-[2200-GU_UR].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		7,68	Fälle je VK/Person	175,78125
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,68

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1350
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,85	Fälle je VK/Person	1588,23523
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,85

B-[2200-GU_UR].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
 - 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2200-GU_UR].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement

B-[2200-GU_UR].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2316-GU_CH_U] Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2316 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Oliver Wittig
Telefon	03843 342001
Fax	03843 343468
E-Mail	o.wittig@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2316-GU_CH_U].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[2316-GU_CH_U].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC63 - Amputationschirurgie
 - 2 VC66 - Arthroskopische Operationen
 - 3 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
 - 4 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
 - 5 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
 - 6 VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
 - 7 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
 - 8 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
 - 9 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
 - 10 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
 - 11 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
 - 12 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
 - 13 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
 - 14 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
 - 15 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
 - 16 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
 - 17 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
 - 18 VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
 - 19 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
 - 20 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
 - 21 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
 - 22 VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
 - 23 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
 - 24 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
 - 25 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
 - 26 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
 - 27 VO16 - Handchirurgie
 - 28 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
 - 29 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
 - 30 VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
 - 31 VC30 - Septische Knochenchirurgie
 - 32 VO13 - Spezialsprechstunde
 - 33 VO21 - Traumatologie
 - 34 VC65 - Wirbelsäulen Chirurgie
 - 35 VO14 - Endoprothetik
 - 36 VO19 - Schulterchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1421
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	Fallzahlen D-Arzt- Ambulanz: 1317

B-[2316-GU_CH_U].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	116
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	113
3	S06.0	Gehirnerschütterung	89
4	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	53
5	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	40
6	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	38
7	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	36
8	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	30
9	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	30
10	M54.5	Kreuzschmerz	25
11	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	23
12	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	23
13	S86.0	Verletzung der Achillessehne	22
14	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	21
15	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	19
16	M54.4	Lumboischialgie	19
17	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	18
18	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	17
19	S82.82	Trimalleolarfraktur	17
20	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	14
21	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	14
22	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	14
23	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	13
24	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	12
25	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	11
26	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	11
27	S32.1	Fraktur des Os sacrum	11
28	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	10
29	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	10
30	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	9

B-[2316-GU_CH_U].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	166
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	140
3	S06	Intrakranielle Verletzung	99
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	82
5	S72	Fraktur des Femurs	75
6	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	68
7	M48	Sonstige Spondylopathien	61
8	S52	Fraktur des Unterarmes	61
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	59
10	M54	Rückenschmerzen	56
11	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	47
12	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	47
13	M75	Schulterläsionen	40
14	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	32
15	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	25
16	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	23
17	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	19
18	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	18
19	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	16
20	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	15
21	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	15
22	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	13
23	M19	Sonstige Arthrose	13
24	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	12
25	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	11
26	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	10
27	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	9
28	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	9
29	L03	Phlegmone	8
30	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8

B-[2316-GU_CH_U].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2316-GU_CH_U].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	164
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	135
3	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	133
4	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	127
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	112
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	110
7	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	77
8	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	71
9	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	64
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	63
11	5-83w.20	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule: Computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen: Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten oder Zielinstrumentarium	55
12	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	55
13	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	51
14	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	50
15	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöchernen Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	46
16	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	44
17	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	42
18	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	41
19	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	40
20	5-805.a	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Implantat	39
21	5-835.9	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)	36
22	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöchernen Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	35
23	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	34
24	5-832.5	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, total	29

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	5-83w.0	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule: Augmentation des Schraubenlagers	29
26	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	28
27	5-784.1x	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, offen chirurgisch: Sonstige	27
28	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	26
29	5-83b.50	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 1 Segment	22
30	5-855.19	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel	20

B-[2316-GU_CH_U].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	393
2	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	191
3	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	170
4	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	163
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	153
6	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	148
7	5-984	Mikrochirurgische Technik	135
8	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	133
9	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	122
10	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	110
11	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	104
12	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	85
13	5-83w	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule	84
14	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	74
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	69
16	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	69
17	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	65
18	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	64
19	5-836	Spondylodese	53
20	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	47
21	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	44
22	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	42
23	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	41
24	5-784	Knochen transplantation und -transposition	41

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
25	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	33
26	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	29
27	5-916	Temporäre Weichteildeckung	27
28	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	25
29	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	22
30	8-190	Spezielle Verbandstechniken	22

B-[2316-GU_CH_U].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2316-GU_CH_U].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt Sprechstunde
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Unfallchirurgische Ambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>Diagnostik und Therapie von Knie-, Schulter- und Sprunggelenkerkrankungen auf Überweisung von niedergelassenen Chirurgen und Orthopäden</i>
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ermächtigungssprechstunde PD Dr. Henker <i>Durchführung einer konsiliarärztlichen Problemsprechstunde der Wirbelsäule</i>
4	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. med. Wittig
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
6	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[2316-GU_CH_U].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. med. Wittig	VO00 - („Sonstiges“)
2	Chefarztambulanz Dr. med. Wittig	VO14 - Endoprothetik
3	D-Arzt Sprechstunde	VC00 - („Sonstiges“)
4	D-Arzt Sprechstunde	VX00 - („Sonstiges“)
5	Medizinische Notaufnahme	VC00 - („Sonstiges“)
6	Medizinische Notaufnahme	VO00 - („Sonstiges“)
7	Medizinisches Zentrum	VO00 - („Sonstiges“)
8	Medizinisches Zentrum	VC00 - („Sonstiges“)
9	Medizinisches Zentrum	VO14 - Endoprothetik
10	Unfallchirurgische Ambulanz	VO00 - („Sonstiges“)

B-[2316-GU_CH_U].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2316-GU_CH_U].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	14
2	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	13
3	5-787.g5	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft	7
4	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	6
5	5-812.0h	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	6
6	5-787.g8	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulnaschaft	6
7	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	5
8	5-787.kk	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia proximal	5
9	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	4
10	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	4
11	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	4
12	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	4
13	5-795.1c	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Phalangen Hand	< 4
14	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	< 4
15	5-787.k6	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	< 4
16	5-790.0a	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Karpale	< 4
17	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
18	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	< 4
19	8-210	Brisement force	< 4
20	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
21	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	< 4
22	5-787.kn	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia distal	< 4
23	5-787.1k	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia proximal	< 4
24	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	< 4
25	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	< 4
26	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	< 4
27	5-787.37	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Ulna proximal	< 4
28	5-787.11	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Humerus proximal	< 4
29	5-787.2j	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Patella	< 4
30	1-697.1	Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk	< 4

B-[2316-GU_CH_U].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	86
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	24

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	9
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	8
5	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	4
6	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	4
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	4
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
9	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	< 4
10	8-210	Brisement force	< 4
11	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	< 4
12	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
13	5-78a	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese	< 4
14	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
15	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
16	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
17	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
18	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
19	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4

B-[2316-GU_CH_U].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung	Ja

B-[2316-GU_CH_U].11 Personelle Ausstattung

B-[2316-GU_CH_U].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	13,41	Fälle je VK/Person	109,139778
Beschäftigungsverhältnis	Mit 12,78	Ohne	0,63
Versorgungsform	Ambulant 0,39	Stationär	13,02
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	8,51	Fälle je VK/Person	175
Beschäftigungsverhältnis	Mit 7,88	Ohne	0,63
Versorgungsform	Ambulant 0,39	Stationär	8,12

B-[2316-GU_CH_U].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
1 ZF28 - Notfallmedizin
2 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
3 ZF12 - Handchirurgie

B-[2316-GU_CH_U].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		12,05	Fälle je VK/Person	117,925308
Beschäftigungsverhältnis	Mit	12,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	12,05

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,83	Fälle je VK/Person	776,5027
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,83

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt		1,2	Fälle je VK/Person	1184,16663
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,2

B-[2316-GU_CH_U].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2316-GU_CH_U].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
1 ZP05 - Entlassungsmanagement
2 ZP19 - Sturzmanagement

B-[2316-GU_CH_U].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2400-GU_GYN_GEB] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

B-[2400-GU_GYN_GEB].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

B-[2400-GU_GYN_GEB].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400-GU_GYN_GEB].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Volker Kattner
Telefon	03843 341201
Fax	03843 343281201
E-Mail	v.kattner@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2400-GU_GYN_GEB].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[2400-GU_GYN_GEB].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VG19 - Ambulante Entbindung
- 2 VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
- 3 VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
- 4 VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
- 5 VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
- 6 VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
- 7 VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- 8 VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
- 9 VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
- 10 VG05 - Endoskopische Operationen
- 11 VG12 - Geburtshilfliche Operationen
- 12 VG06 - Gynäkologische Chirurgie
- 13 VG07 - Inkontinenzchirurgie
- 14 VG15 - Spezialsprechstunde
- 15 VG16 - Urogynäkologie

B-[2400-GU_GYN_GEB].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1609
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400-GU_GYN_GEB].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	456
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	367
3	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	58
4	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	33
5	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	30
6	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	23
7	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	22
8	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	22
9	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	20
10	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	20
11	N81.1	Zystozele	20
12	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	16
13	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	15
14	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	15
15	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	15
16	O99.6	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	14
17	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	13
18	O20.0	Drohender Abort	12
19	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	11
20	O63.1	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)	11
21	O46.8	Sonstige präpartale Blutung	10
22	O61.0	Mislungene medikamentöse Geburtseinleitung	9
23	N83.1	Zyste des Corpus luteum	9
24	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	9
25	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	8
26	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	8
27	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	8
28	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	7
29	O26.81	Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden	7
30	N84.0	Polyp des Corpus uteri	7

B-[2400-GU_GYN_GEB].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	462
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	367
3	N81	Genitalprolaps bei der Frau	60
4	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	58
5	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	50
6	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	45
7	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	38
8	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	28
9	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	23
10	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	23
11	D25	Leiomyom des Uterus	21
12	O62	Abnorme Wehentätigkeit	21
13	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	19
14	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	16
15	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	16
16	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	15
17	O63	Protrahierte Geburt	13
18	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	13
19	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	12
20	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	12
21	O65	Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens	10
22	O46	Präpartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	10
23	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	10
24	O61	Misslungene Geburtseinleitung	9
25	O14	Präeklampsie	9
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	9
27	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	9
28	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
29	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	9
30	O23	Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	9

B-[2400-GU_GYN_GEB].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2400-GU_GYN_GEB].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	429
2	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	282
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	211
4	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	199
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	183
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	167
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	126
8	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	120
9	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	93
10	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	82
11	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	80
12	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	75
13	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	68
14	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	66
15	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	51
16	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	49
17	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	45
18	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	39
19	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	35
20	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	29
21	5-681.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	29
22	1-208.1	Registrierung evozierter Potentiale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	25
23	5-728.1	Vakuummentbindung: Aus Beckenmitte	24
24	5-728.0	Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang	20
25	5-704.4e	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Ligg. sacrouterina	20
26	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	18
27	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	18
28	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	17
29	9-280.0	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage	17
30	5-259.1	Andere Operationen an der Zunge: Durchtrennung des Frenulum linguae	16

B-[2400-GU_GYN_GEB].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	481
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	454
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	255
4	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	211
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	183
6	5-740	Klassische Sectio caesarea	175
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	167
8	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	126
9	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	87
10	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	75
11	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	73
12	5-749	Andere Sectio caesarea	69
13	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	66
14	5-728	Vakuumentbindung	44
15	5-653	Salpingoovariektomie	41
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	39
17	5-738	Episiotomie und Naht	39
18	5-661	Salpingektomie	37
19	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	35
20	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	33
21	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	32
22	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	23
23	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	20
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	17
25	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	17
26	5-259	Andere Operationen an der Zunge	16
27	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	16
28	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	15
29	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	14
30	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	12

B-[2400-GU_GYN_GEB].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2400-GU_GYN_GEB].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Herr Dr. Kattner
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[2400-GU_GYN_GEB].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Herr Dr. Kattner	VG00 - („Sonstiges“)
2	Medizinische Notaufnahme	VG00 - („Sonstiges“)
3	Medizinisches Zentrum	VG00 - („Sonstiges“): Präoperative Sprechstunde Gynäkologie
4	Medizinisches Zentrum	VG00 - („Sonstiges“): Präoperative Beckenbodensprechstunde
5	Medizinisches Zentrum	VG00 - („Sonstiges“): Mamma-Sprechstunde

B-[2400-GU_GYN_GEB].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[2400-GU_GYN_GEB].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	148
2	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	109
3	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	49
4	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	48
5	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	44
6	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	15
7	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	14
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	12
9	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	10
10	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	10
11	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	10
12	5-711.0	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Inzision	7
13	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung	7
14	5-681.83	eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	4
15	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	4
16	1-571.1	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Cervix uteri	4
17	1-470.5	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Genitalorganen: Vulva	< 4
18	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	< 4
19	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
20	5-672.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri: Exzision	< 4
21	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
22	1-559.4	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision: Peritoneum	< 4
23	5-661.52	Salpingektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
24	5-663.32	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
25	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
26	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	< 4
27	5-710	Inzision der Vulva	< 4
28	5-469.11	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Laparoskopisch	< 4
29	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	< 4
30	5-574.1	Offen chirurgische und laparoskopische Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision, laparoskopisch	< 4

B-[2400-GU_GYN_GEB].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	148
2	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	109
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	105
4	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	48
5	5-671	Konisation der Cervix uteri	16
6	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	15
7	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	13
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	12
9	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	11
10	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	10
11	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	9
12	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	6
13	1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision	4
14	1-470	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Geschlechtsorganen	< 4
15	5-661	Salpingektomie	< 4
16	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
17	5-881	Inzision der Mamma	< 4
18	5-672	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	< 4
19	1-559	Biopsie an anderen Verdauungsorganen, Peritoneum und retroperitonealem Gewebe durch Inzision	< 4
20	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4
21	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
22	5-710	Inzision der Vulva	< 4
23	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	< 4
24	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	< 4
25	1-572	Biopsie an der Vagina durch Inzision	< 4
26	5-653	Salpingoovariektomie	< 4
27	5-640	Operationen am Präputium	< 4
28	5-716	Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums)	< 4
29	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	< 4
30	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4

B-[2400-GU_GYN_GEB].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2400-GU_GYN_GEB].11 Personelle Ausstattung**B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,64	Fälle je VK/Person	259,098236
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,6	Ohne	0,04
Versorgungsform	Ambulant	0,43	Stationär	6,21

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,32	Fälle je VK/Person	556,7474
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,28	Ohne	0,04
Versorgungsform	Ambulant	0,43	Stationär	2,89

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[2400-GU_GYN_GEB].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,42	Fälle je VK/Person	154,4146
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,42

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,61	Fälle je VK/Person	2637,70483
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,61

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,34	Fälle je VK/Person	4732,353
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,34

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,83	Fälle je VK/Person	879,2349
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,83	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,83

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,28	Fälle je VK/Person	5746,42871
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,28	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,28
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	1828,409
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
 - 2 PQ20 - Praxisanleitung
 - 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
 - 2 ZP28 - Still- und Laktationsberatung

B-[2400-GU_GYN_GEB].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2600-GU_HNO] Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

B-[2600-GU_HNO].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

B-[2600-GU_HNO].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2600 - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[2600-GU_HNO].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Tino Just
Telefon	03843 342002
Fax	03843 343215
E-Mail	t.just@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2600-GU_HNO].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[2600-GU_HNO].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VH05 - Cochlearimplantation
 - 2 VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
 - 3 VH18 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
 - 4 VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
 - 5 VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
 - 6 VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
 - 7 VH16 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
 - 8 VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
 - 9 VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
 - 10 VH26 - Laserchirurgie
 - 11 VH04 - Mittelohrchirurgie
 - 12 VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
 - 13 VH00 - („Sonstiges“): Traumatologie im HNO-Gebiet
 - 14 VH13 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
 - 15 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
 - 16 VH17 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
 - 17 VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
 - 18 VH14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
 - 19 VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
 - 20 VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
 - 21 VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
 - 22 VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
 - 23 VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
VH27 - Pädaudiologie
 - 24 *Eine Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie ist ausschließlich für die pädaudiologische Sprechstunde und CI-Versorgung von Kindern am Klinikum angestellt*
 - 25 VH25 - Schnarchoperationen
 - 26 VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
 - 27 VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
 - 28 VH23 - Spezialsprechstunde
 - 29 VZ10 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
 - 30 VZ14 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
 - 31 VZ15 - Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

B-[2600-GU_HNO].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1178
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2600-GU_HNO].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H81.2	Neuropathia vestibularis	81
2	J32.4	Chronische Pansinusitis	71
3	R04.0	Epistaxis	57
4	J36	Peritonsillarabszess	51
5	J34.2	Nasenseptumdeviation	49
6	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	37
7	H66.2	Chronische epitympanale Otitis media	37
8	J35.0	Chronische Tonsillitis	37
9	H91.9	Hörverlust, nicht näher bezeichnet	34
10	C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	33
11	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	32
12	A46	Erysipel [Wundrose]	23
13	J03.8	Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	19
14	J06.0	Akute Laryngopharyngitis	17
15	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	16
16	H69.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Tuba auditiva	15
17	R42	Schwindel und Taumel	13
18	S02.2	Nasenbeinfraktur	13
19	C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend	13
20	J38.4	Larynxödem	12
21	H80.0	Otosklerose mit Beteiligung der Fenestra vestibuli, nichtobliterierend	12
22	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	11
23	J38.3	Sonstige Krankheiten der Stimmlippen	11
24	C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend	11
25	J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	11
26	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	11
27	C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	10
28	Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	10
29	K11.2	Sialadenitis	9
30	C09.8	Bösartige Neubildung: Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend	9

B-[2600-GU_HNO].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J32	Chronische Sinusitis	107
2	H81	Störungen der Vestibularfunktion	100
3	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	80
4	R04	Blutung aus den Atemwegen	58
5	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	53
6	J36	Peritonsillarabszess	51
7	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	44
8	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	39
9	H91	Sonstiger Hörverlust	37
10	C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	36
11	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	35
12	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	26
13	J03	Akute Tonsillitis	23
14	A46	Erysipel [Wundrose]	23
15	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	21
16	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	17
17	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	16
18	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	16
19	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	16
20	H69	Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva	15
21	H80	Otosklerose	14
22	H60	Otitis externa	13
23	R42	Schwindel und Taumel	13
24	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	13
25	C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	12
26	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	12
27	J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	11
28	B02	Zoster [Herpes zoster]	10
29	Z43	Versorgung künstlicher Körperöffnungen	10
30	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	9

B-[2600-GU_HNO].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2600-GU_HNO].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Audiometrie	265
2	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	142
3	1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument	142
4	1-422.0x	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Oropharynx: Sonstige	142
5	5-215.4	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Lateralisation	138
6	1-422.2	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Nasopharynx	137
7	1-422.01	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Oropharynx: Tonsillen	132
8	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	90
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	80
10	3-201	Native Computertomographie des Halses	80
11	3-202	Native Computertomographie des Thorax	77
12	5-189.0	Andere Operationen am äußeren Ohr: Entnahme von Ohrknorpel zur Transplantation	70
13	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	68
14	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	60
15	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	57
16	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	54
17	1-611.0x	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt: Sonstige	48
18	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	47
19	5-983	Reoperation	46
20	5-204.3	Rekonstruktion des Mittelohres: Erweiterungsplastik des Gehörgangs oder Radikalhöhleneingangs	46
21	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	46
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	43
23	1-422.1	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Hypopharynx	42
24	5-205.0	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr: An der Paukenhöhle	41
25	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszess tonsillektomie	36
26	5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	36
27	5-210.0	Operative Behandlung einer Nasenblutung: Ätzung oder Kaustik Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Mit intraoperativem	35
28	5-262.04	Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	31
29	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	31
30	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	27

B-[2600-GU_HNO].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-422	Biopsie ohne Inzision am Pharynx	461
2	1-242	Audiometrie	265
3	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	187
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	181
5	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	165
6	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	142
7	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	129
8	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	111
9	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	100
10	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	98
11	3-201	Native Computertomographie des Halses	80
12	3-202	Native Computertomographie des Thorax	77
13	5-189	Andere Operationen am äußeren Ohr	70
14	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	68
15	5-204	Rekonstruktion des Mittelohres	65
16	5-209	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr	61
17	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	60
18	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	54
19	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	51
20	5-205	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr	47
21	5-983	Reoperation	46
22	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	42
23	5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	42
24	5-200	Parazentese [Myringotomie]	38
25	1-421	Biopsie ohne Inzision am Larynx	33
26	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	29
27	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	28
28	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	27
29	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	27
30	5-312	Permanente Tracheostomie	23

B-[2600-GU_HNO].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2600-GU_HNO].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	HNO Ambulanz
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Prof. Dr. Just
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	HNO Ambulanz
	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere	HNO Ambulanz
4	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<i>- Allg. und Otologische Sprechstunde der HNO-Klinik - Tumorsprechstunde der HNO-Klinik - Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres (Resektion Ohrmuscheltumor) und plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel und Muschelverkleinerung</i>

B-[2600-GU_HNO].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Prof. Dr. Just	VH00 - („Sonstiges“)
2	HNO Ambulanz	VH00 - („Sonstiges“)
3	HNO Ambulanz	VH22 - Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
4	HNO Ambulanz	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren

B-[2600-GU_HNO].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[2600-GU_HNO].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	66
2	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	50
3	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	37
4	5-182.0	Resektion der Ohrmuschel: Partiiell	29
5	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	16
6	5-212.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	11
7	5-895.24	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	8
8	5-212.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase	6
9	5-285.1	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	6
10	1-208.8	Registrierung evozierter Potenziale: Otoakustische Emissionen [OAE]	6
11	5-903.14	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	6
12	5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	5
13	5-903.34	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	5
14	5-215.00	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Diathermie	4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
15	5-903.24	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	4
16	5-984	Mikrochirurgische Technik	4
17	5-181.0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel	4
18	1-208.1	Registrierung evozierter Potenziale: Früh-akustisch [FAEP/BERA]	< 4
19	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	< 4
20	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangstenose)	< 4
21	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	< 4
22	5-273.4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle: Exzision, lokal, Wange	< 4
23	5-201	Entfernung einer Paukendrainage	< 4
24	1-611.1	Diagnostische Pharyngoskopie: Indirekt	< 4
25	5-852.a0	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Kopf und Hals	< 4
26	5-895.34	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	< 4
27	5-259.1	Andere Operationen an der Zunge: Durchtrennung des Frenulum linguae	< 4
28	5-250.2	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge: Exzision Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines	< 4
29	5-260.20	Speicheldrüsenausführungsganges: Entfernung eines Speichelsteines: Speicheldrüse	< 4
30	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	< 4

B-[2600-GU_HNO].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-200	Parazentese [Myringotomie]	88
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	74
3	5-182	Resektion der Ohrmuschel	30
4	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	26
5	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	18
6	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	16
7	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	16
8	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	9
9	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	8
10	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	7
11	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	6
12	5-984	Mikrochirurgische Technik	4
13	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	4
14	5-185	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges	4
15	5-273	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle	< 4
16	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
17	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	< 4
18	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
19	5-201	Entfernung einer Paukendrainage	< 4
20	5-316	Rekonstruktion der Trachea	< 4
21	5-260	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	< 4
22	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
23	5-272	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	< 4
24	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
25	5-916	Temporäre Weichteildeckung	< 4
26	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	< 4
27	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
28	3-201	Native Computertomographie des Halses	< 4
29	5-209	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr	< 4
30	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4

B-[2600-GU_HNO].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[2600-GU_HNO].11 Personelle Ausstattung

B-[2600-GU_HNO].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		4,92	Fälle je VK/Person	239,4309
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,83	Ohne	0,09
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,92
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		3,09	Fälle je VK/Person	381,229767
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0,09
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,09

B-[2600-GU_HNO].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ18 - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde <i>inklusive spezieller HNO-Chirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde für Kinder</i>
2	AQ19 - Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (MWBO 2003) <i>eine Phoniaterin ist zu festen Zeiten sowie nach Terminabstimmung verfügbar</i>
3	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003) <i>im Bereich HNO</i>
4	AQ40 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

B-[2600-GU_HNO].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF03 - Allergologie
- 2 ZF33 - Plastische Operationen (MWBO 2003)

B-[2600-GU_HNO].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
in Vollkräften**

Gesamt		4,68	Fälle je VK/Person	251,709412
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,68	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,68

**B-[2600-GU_HNO].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen /
akademische Abschlüsse**

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2600-GU_HNO].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement

**B-[2600-GU_HNO].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in
Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

B-[2800-GU_NEU_NEU] Klinik für Neurologie

B-[2800-GU_NEU_NEU].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Neurologie

B-[2800-GU_NEU_NEU].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

B-[2800-GU_NEU_NEU].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Tim Patrick Jürgens
Telefon	03843 342303
Fax	03843 343468
E-Mail	T.Juergens@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18473
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2800-GU_NEU_NEU].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[2800-GU_NEU_NEU].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
- 2 VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
- 3 VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
- 4 VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
- 5 VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
- 6 VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
- 7 VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
- 8 VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
- 9 VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
- 10 VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
- 11 VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
- 12 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
- 13 VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
- 14 VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
- 15 VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
- 16 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 17 VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
- 18 VN23 - Schmerztherapie
- 19 VN24 - Stroke Unit
- 20 VN00 - („Sonstiges“): Diagnostik und Therapie von Radikulärsyndromen und Pseudoradikulärsyndromen der Wirbelsäule

B-[2800-GU_NEU_NEU].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	982
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800-GU_NEU_NEU].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	161
2	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	82
3	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	41
4	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	36
5	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	26
6	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	17
7	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	17
8	H81.2	Neuropathia vestibularis	15
9	R51	Kopfschmerz	15
10	R20.2	Parästhesie der Haut	15
11	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	14
12	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	14
13	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	13
14	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	13
15	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	13
16	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	12
17	G61.8	Sonstige Polyneuritiden	12
18	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	12
19	D43.0	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Gehirn, supratentoriell	11
20	G12.2	Motoneuron-Krankheit	10
21	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	10
22	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	9
23	R42	Schwindel und Taumel	9
24	I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	9
25	R55	Synkope und Kollaps	8
26	G50.0	Trigeminusneuralgie	8
27	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	8
28	R20.1	Hypästhesie der Haut	7
29	G41.2	Status epilepticus mit komplexfokalen Anfällen	7
30	G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	7

B-[2800-GU_NEU_NEU].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	270
2	G40	Epilepsie	87
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	78
4	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	54
5	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	32
6	H81	Störungen der Vestibularfunktion	30
7	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	25
8	I61	Intrazerebrale Blutung	20
9	G62	Sonstige Polyneuropathien	19
10	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	17
11	B02	Zoster [Herpes zoster]	16
12	R51	Kopfschmerz	15
13	G61	Polyneuritis	14
14	D43	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	14
15	G41	Status epilepticus	11
16	G50	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	11
17	G12	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	10
18	R42	Schwindel und Taumel	9
19	G43	Migräne	9
20	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	9
21	G30	Alzheimer-Krankheit	8
22	R55	Synkope und Kollaps	8
23	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	8
24	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	7
25	H49	Strabismus paralyticus	7
26	H53	Sehstörungen	6
27	G25	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	6
28	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	6
29	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	5
30	G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	5

B-[2800-GU_NEU_NEU].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800-GU_NEU_NEU].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	499
2	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	248
3	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	204
4	1-206	Neurographie	189
5	1-204.1	Untersuchung des Liquorsystems: Messung des lumbalen Liquordruckes	186
6	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	156
7	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	147
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	131
9	8-981.20	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	125
10	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	103
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	100
12	8-981.23	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden	76
13	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	73
14	8-981.22	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden	71
15	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	67
16	3-05x	Andere Endosonographie	64
17	8-981.21	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden	60
18	8-97d.1	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	48
19	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	46
20	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	40
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	40
22	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	29
23	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	28
24	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	23
25	1-207.1	Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	23
26	1-790	Polysomnographie	16
27	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	15

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
28	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	11
29	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	10
30	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	9

B-[2800-GU_NEU_NEU].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	499
2	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	390
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	333
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	319
5	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	271
6	1-206	Neurographie	189
7	8-547	Andere Immuntherapie	156
8	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	147
9	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	147
10	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	103
11	8-020	Therapeutische Injektion	68
12	3-05x	Andere Endosonographie	64
13	8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	55
14	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	33
15	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	23
16	1-790	Polysomnographie	16
17	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	15
18	8-390	Lagerungsbehandlung	14
19	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	14
20	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	10
21	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	9
22	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	9
23	3-20x	Andere native Computertomographie	8
24	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	5
25	1-205	Elektromyographie [EMG]	5
26	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	5
27	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	4
28	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	4
29	5-381	Endarteriektomie	< 4
30	5-431	Gastrostomie	< 4

B-[2800-GU_NEU_NEU].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2800-GU_NEU_NEU].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz PD Dr. med. Jürgens
2	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Ambulanz Dr. Kurtieiev
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Ambulanz Dr. Kurtieiev
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Medizinische Notaufnahme
5	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[2800-GU_NEU_NEU].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz PD Dr. med. Jürgens	VN00 - („Sonstiges“): Kopf- und Gesichtsschmerzen
2	Chefarztambulanz PD Dr. med. Jürgens	VN23 - Schmerztherapie
3	Medizinische Notaufnahme	VN00 - („Sonstiges“)
4	Medizinisches Zentrum	VN00 - („Sonstiges“)

B-[2800-GU_NEU_NEU].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Ambulanz Dr. Kurtieiev	LK44 - Neuromuskuläre Erkrankungen

B-[2800-GU_NEU_NEU].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[2800-GU_NEU_NEU].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[2800-GU_NEU_NEU].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Stationäre BG-Zulassung Nein

B-[2800-GU_NEU_NEU].11 Personelle Ausstattung

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,36	Fälle je VK/Person	118,742439
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,36	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,09	Stationär	8,27

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,25	Fälle je VK/Person	159,415588
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,09	Stationär	6,16

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ42 - Neurologie

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		17,93	Fälle je VK/Person	54,76854
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,93

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		1,17	Fälle je VK/Person	839,3163
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,17

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		5,45	Fälle je VK/Person	180,183487
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,45	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,45

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung
- 3 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP29 - Stroke Unit Care
- 3 ZP06 - Ernährungsmanagement
enterale Ernährung

B-[2800-GU_NEU_NEU].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Unsere Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie sind in allen Fachabteilungen unserer Einrichtung tätig. Eine Splittung ist daher nicht möglich.

B-[2800] Klinik für Neurologische Frührehabilitation

B-[2800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Neurologische Frührehabilitation

B-[2800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2800 - Neurologie

B-[2800].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Zusatzbezeichnung: Sozialmedizin und Rehabilitationswesen
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Heike Mach
Telefon	03843 342303
Fax	03843 343468
E-Mail	h.mach@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[2800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VN21 - Neurologische Frührehabilitation
2	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

B-[2800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	92
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2800].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie	23
2	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	17
3	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	9
4	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	6
5	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	< 4
6	I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend	< 4
7	G93.1	Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
8	B00.4	Enzephalitis durch Herpesviren	< 4
9	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	< 4
10	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	< 4
11	I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	< 4
12	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	< 4
13	K86.3	Pseudozyste des Pankreas	< 4
14	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	< 4
15	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	< 4
16	T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	< 4
17	I62.00	Nichttraumatische subdurale Blutung: Akut	< 4
18	I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	< 4
19	I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend	< 4
20	I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	< 4
21	D32.0	Gutartige Neubildung: Hirnhäute	< 4
22	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	< 4
23	G72.80	Critical-illness-Myopathie	< 4
24	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	< 4
25	I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	< 4
26	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	< 4
27	A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis	< 4
28	I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	< 4
29	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
30	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4

B-[2800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	29
2	G62	Sonstige Polyneuropathien	23
3	S06	Intrakranielle Verletzung	7
4	I61	Intrazerebrale Blutung	6
5	I60	Subarachnoidalblutung	4
6	G61	Polyneuritis	< 4
7	A41	Sonstige Sepsis	< 4
8	G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	< 4
9	B00	Infektionen durch Herpesviren [Herpes simplex]	< 4
10	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
11	D32	Gutartige Neubildung der Meningen	< 4
12	K42	Hernia umbilicalis	< 4
13	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	< 4
14	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirnfarkt	< 4
15	I62	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	< 4
16	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	< 4
17	G21	Sekundäres Parkinson-Syndrom	< 4
18	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	< 4
19	B44	Aspergillose	< 4
20	G72	Sonstige Myopathien	< 4
21	G40	Epilepsie	< 4
22	I50	Herzinsuffizienz	< 4

B-[2800].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2800].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-718.84	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage	55
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	38
3	8-552.8	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage	30
4	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	24
5	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	22
6	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	22
7	8-552.7	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage	21
8	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	18
9	8-718.85	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage	16
10	8-552.6	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage	16
11	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	11
12	8-718.83	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage	11
13	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	11
14	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	10
15	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	10
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	10
17	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	8
18	8-98f.21	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	8
19	8-144.2	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Kleinlumig, sonstiger Katheter	8
20	8-552.9	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage	8
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	7

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
22	8-552.5	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	7
23	8-98f.30	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	6
24	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	6
25	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	5
26	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	5
27	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
28	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	5
29	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	5
30	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	4

B-[2800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	85
2	8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	85
3	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	44
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	38
5	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	37
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	25
7	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	24
8	5-431	Gastrostomie	19
9	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	15
10	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	12
11	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	11
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	11
13	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	10
14	8-854	Hämodialyse	8
15	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	8
16	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	6
17	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	5
18	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
19	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	4
20	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	4
21	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	4
22	8-128	Anwendung eines Stuhl drainagesystems	4
23	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
24	1-206	Neurographie	< 4
25	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
26	8-390	Lagerungsbehandlung	< 4
27	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	< 4
28	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
29	8-146	Therapeutische Drainage von Organen des Bauchraumes	< 4
30	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	< 4

B-[2800].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[2800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****B-[2800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[2800].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[2800].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[2800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[2800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[2800].11 Personelle Ausstattung**B-[2800].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	46
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			

Gesamt	2	Fälle je VK/Person	46
Beschäftigungsverhältnis	Mit 2	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	2

B-[2800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ42 - Neurologie

B-[2800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
1 ZF73 - Psychotherapie
2 ZF40 - Sozialmedizin
3 ZF37 - Rehabilitationswesen

B-[2800].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		19,97	Fälle je VK/Person	4,60691
Beschäftigungsverhältnis	Mit	19,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	19,97

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,99	Fälle je VK/Person	46,23116
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,99

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,34	Fälle je VK/Person	270,588226
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,34

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,86	Fälle je VK/Person	32,16783
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,86	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,86

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	122,666672
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,75

B-[2800].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ20 - Praxisanleitung

B-[2800].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP20 - Palliative Care
- 4 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 5 ZP18 - Dekubitusmanagement

B-[2800].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3600_GU_ANA] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin

B-[3600_GU_ANA].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin

B-[3600_GU_ANA].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

B-[3600_GU_ANA].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Toralf Noky
Telefon	03843 341601
Fax	03843 343281601
E-Mail	t.noky@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[3600_GU_ANA].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[3600_GU_ANA].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
VX00 - („Sonstiges“): Anästhesie
- 1 *Durchführung aller gängigen Anästhesieverfahren mit dem Schwerpunkt rückenmarksnahe und ultraschallgestützte periphere Regionalanästhesieverfahren*
VX00 - („Sonstiges“): Intensivmedizin
- 2 *Behandlung von Intensivpatienten, einschließlich differenzierter Beatmungs-, Kreislauf- u. Nierenersatztherapieverfahren, gezielter Postreanimationskühlbehandlung, Ernährung, intensiver Schmerzbehandlung und Anwendung verschiedener invasiver Monitoringverfahren*
VX00 - („Sonstiges“): Konsile
- 3 *konsiliarische Betreuung von chronischen Schmerz- und Tumorschmerzpatienten*
VX00 - („Sonstiges“): Narkosen
- 4 *Durchführung ambulanter Narkosen für verschiedenen Fachabteilungen*
VX00 - („Sonstiges“): PDA
- 5 *geburtshilffliche PDA*
VX00 - („Sonstiges“): Prämedikation
- 6 *Tägliche Prämedikationsambulanz*
VX00 - („Sonstiges“): Rettungsdienst
- 7 *Organisation und Fachaufsicht über den bodengebundenen und - Luftrettungsdienst am Standort*
VX00 - („Sonstiges“): Schmerztherapie
- 8 *Kathetergestützte postoperative Schmerztherapie mittels Schmerzpumpen und deren Betreuung und Überwachung, stationäre multimodale Behandlung chronischer Schmerzpatienten*
- 9 VI42 - Transfusionsmedizin

B-[3600_GU_ANA].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600_GU_ANA].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3600_GU_ANA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3600_GU_ANA].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600_GU_ANA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	4792
2	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	526
3	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	291
4	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	280
5	8-900	Intravenöse Anästhesie	252
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	204
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	139
8	8-98f.10	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	95
9	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	80
10	8-831.04	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger Katheter zur extrakorporalen Blutzirkulation in ein zentralvenöses Gefäß	67
11	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	58
12	8-98f.11	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	56
13	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	40
14	8-98f.20	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	36
15	8-700.x	Offenhalten der oberen Atemwege: Sonstige	18
16	8-98f.30	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	15
17	8-98f.21	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	14
18	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	13
19	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	11
20	8-98f.31	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte	9
21	8-902	Balancierte Anästhesie	9
22	8-711.40	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]: Bei Neugeborenen (1. bis 28. Lebensstag)	7
23	8-98f.50	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2209 bis 2484 Aufwandspunkte	6
24	8-831.01	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, retrograd	6

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	8-711.00	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]: Bei Neugeborenen (1. bis 28. Lebensstag)	6
26	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	4
27	8-98f.40	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	< 4
28	8-98f.51	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2485 bis 2760 Aufwandspunkte	< 4
29	8-98f.41	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 Aufwandspunkte	< 4
30	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	< 4

B-[3600_GU_ANA].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	4792
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	766
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	372
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	291
5	8-900	Intravenöse Anästhesie	252
6	8-701	Einfache endotracheale Intubation	204
7	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	139
8	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	80
9	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	58
10	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	40
11	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	18
12	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	14
13	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	11
14	8-902	Balancierte Anästhesie	9
15	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	< 4
16	8-716	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung	< 4
17	8-714	Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen	< 4

B-[3600_GU_ANA].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600_GU_ANA].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Medizinisches Zentrum

B-[3600_GU_ANA].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Medizinisches Zentrum	VX00 - („Sonstiges“): Präoperative Sprechstunde

B-[3600_GU_ANA].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[3600_GU_ANA].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3600_GU_ANA].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3600_GU_ANA].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[3600_GU_ANA].11 Personelle Ausstattung**B-[3600_GU_ANA].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	20,32	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 20,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,94	Stationär	19,38
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	14,46	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 14,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0,94	Stationär	13,52

B-[3600_GU_ANA].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3600_GU_ANA].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie

B-[3600_GU_ANA].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		49,61	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	49,61	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	49,61

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,04	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,04	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,04

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,8	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,8

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,06	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,06	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,06

B-[3600_GU_ANA].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ20 - Praxisanleitung
- 3 PQ22 - Intermediate Care Pflege
- 4 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ08 - Pflege im Operationsdienst

B-[3600_GU_ANA].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP27 - OP-Koordination/OP-Management
- 4 ZP14 - Schmerzmanagement

B-[3600_GU_ANA].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3751_GU_RAD] Zentrum für bildgebende Diagnostik und interventionelle Radiologie

B-[3751_GU_RAD].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für bildgebende Diagnostik und interventionelle Radiologie

B-[3751_GU_RAD].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

B-[3751_GU_RAD].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Gunnar Gaffke
Telefon	03843 342751
Fax	03843 343282751
E-Mail	g.gaffke@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[3751_GU_RAD].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[3751_GU_RAD].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VR15 - Arteriographie
- 2 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
- 3 VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
- 4 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 5 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 5 *alle Körperregionen*
- 6 VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
- 6 *CT-geführte Interventionen, Schmerztherapie, Biopsien, Radiofrequenzablation (RFA) von Leber- und Lungentumoren/-metastasen*
- 7 VR04 - Duplexsonographie
- 8 VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
- 9 VR41 - Interventionelle Radiologie
- 10 VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
- 11 VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
- 12 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 12 *Thorax, Abdomen, alle Knochen und Gelenke*
- 13 VR17 - Lymphographie
- 14 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 14 *MR-Arthrografien*
- 15 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 15 *alle Körperregionen, Ganzkörper-MRT*
- 16 VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
- 16 *Kardio-MRT*
- 17 VR02 - Native Sonographie
- 18 VR16 - Phlebographie
- 19 VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
- 20 VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
- 21 VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
- 22 VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
- 23 VR40 - Spezialsprechstunde
- 24 VR44 - Teleradiologie
- 25 VR47 - Tumorembolisation

B-[3751_GU_RAD].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3751_GU_RAD].6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-[3751_GU_RAD].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig****B-[3751_GU_RAD].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[3751_GU_RAD].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4112
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	2986
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2918
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2614
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1523
6	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1100
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	974
8	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	789
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	736
10	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	595
11	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	511
12	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	449
13	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	380
14	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	375
15	3-611.1	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Pulmonalvenen	357
16	3-202	Native Computertomographie des Thorax	289
17	3-206	Native Computertomographie des Beckens	237
18	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	226
19	3-843.0	Magnetresonanztomographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	224
20	3-843.1	Magnetresonanztomographie [MRCP]: Mit Sekretin-Unterstützung	224
21	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	220
22	3-13d.5	Urographie: Retrograd	202
23	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	192
24	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	164
25	3-201	Native Computertomographie des Halses	159
26	3-056	Endosonographie des Pankreas	158
27	3-608	Superselektive Arteriographie	150
28	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	145
29	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	145
30	3-100.0	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen	142

B-[3751_GU_RAD].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4112
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	2986
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2918
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	2614
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1523
6	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1100
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	974
8	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	789
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	736
10	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	595
11	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	511
12	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	449
13	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	448
14	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	380
15	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	375
16	3-611	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax	358
17	3-202	Native Computertomographie des Thorax	289
18	3-206	Native Computertomographie des Beckens	237
19	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	226
20	3-13d	Urographie	226
21	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	220
22	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	192
23	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	164
24	3-201	Native Computertomographie des Halses	159
25	3-056	Endosonographie des Pankreas	158
26	3-608	Superselektive Arteriographie	150
27	3-100	Mammographie	146
28	3-82x	Andere Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel	145
29	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	145
30	3-13f	Zystographie	136

B-[3751_GU_RAD].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[3751_GU_RAD].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Gaffke
2	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Radiologische Ambulanz

B-[3751_GU_RAD].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Chefarztambulanz Dr. Gaffke	VR00 - („Sonstiges“)
2	Radiologische Ambulanz	VN23 - Schmerztherapie
3	Radiologische Ambulanz	VR15 - Arteriographie
4	Radiologische Ambulanz	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
5	Radiologische Ambulanz	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
6	Radiologische Ambulanz	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
7	Radiologische Ambulanz	VR00 - („Sonstiges“)

B-[3751_GU_RAD].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[3751_GU_RAD].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[3751_GU_RAD].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3751_GU_RAD].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[3751_GU_RAD].11 Personelle Ausstattung**B-[3751_GU_RAD].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,99	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,99
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,18	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,18

B-[3751_GU_RAD].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

1 AQ54 - Radiologie

B-[3751_GU_RAD].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

1 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

2 ZF70 - Magnetresonanztomographie

B-[3751_GU_RAD].11.2 Pflegepersonal

B-[3751_GU_RAD].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3751_GU_RAD].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[3751_GU_RAD].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2900-GU_PSY2000] Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie und Gerontopsychiatrie

B-[2900-GU_PSY2000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Suchttherapie und Gerontopsychiatrie

B-[2900-GU_PSY2000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2900 - Allgemeine Psychiatrie

B-[2900-GU_PSY2000].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin Allgemeinpsychiatrie und Suchttherapie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne Kruttschnitt
Telefon	03843 342301
Fax	03843 343468
E-Mail	a.kruttschnitt@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Gerontopsychiatrie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Böhmer
Telefon	03843 342189
Fax	03843 343468
E-Mail	s.schroeder@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2900-GU_PSY2000].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[2900-GU_PSY2000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
- 2 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
- 3 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
- 4 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
- 5 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 6 VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 7 VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- 8 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 9 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
- 10 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik

B-[2900-GU_PSY2000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	708
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2900-GU_PSY2000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	158
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	79
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	40
4	F20.0	Paranoide Schizophrenie	40
5	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	35
6	F43.2	Anpassungsstörungen	26
7	F05.1	Delir bei Demenz	18
8	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	17
9	F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	15
10	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	14
11	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	13
12	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	12
13	F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	11
14	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	10
15	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	10
16	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	10
17	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	9
18	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	9
19	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	7
20	F13.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom	7
21	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	7
22	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	6
23	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	6
24	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	6
25	F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode	6
26	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	6
27	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	6
28	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	4
29	F22.0	Wahnhafte Störung	4
30	F43.0	Akute Belastungsreaktion	4

B-[2900-GU_PSY2000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	223
2	F33	Rezidivierende depressive Störung	100
3	F32	Depressive Episode	57
4	F20	Schizophrenie	42
5	F25	Schizoaffektive Störungen	37
6	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	34
7	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	29
8	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	25
9	F31	Bipolare affektive Störung	24
10	G30	Alzheimer-Krankheit	21
11	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	16
12	F41	Andere Angststörungen	12
13	F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	10
14	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	10
15	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	8
16	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	7
17	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	6
18	F45	Somatoforme Störungen	5
19	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	5
20	F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen	5
21	F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	4
22	F42	Zwangsstörung	4
23	F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	< 4
24	F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	< 4
25	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	< 4
26	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	< 4
27	F70	Leichte Intelligenzminderung	< 4
28	F01	Vaskuläre Demenz	< 4
29	F64	Störungen der Geschlechtsidentität	< 4
30	Z04	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen	< 4

B-[2900-GU_PSY2000].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2900-GU_PSY2000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1114
2	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	1064
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	773
4	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	557
5	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	306
6	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	262
7	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	260
8	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	224
9	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	143
10	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	139
11	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	137
12	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	131
13	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	126
14	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	101
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	60
16	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	55
17	9-640.08	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 18 Stunden pro Tag	53
18	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	51
19	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	46
20	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	41
21	9-649.21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	41
22	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	31

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	30
24	9-640.06	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	30
25	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	24
26	9-647.f	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 16 Behandlungstage	22
27	9-647.e	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 15 Behandlungstage	18
28	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	18
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	16
30	9-647.u	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen: 28 Behandlungstage	16

B-[2900-GU_PSY2000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	4466
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	773
3	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	242
4	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	224
5	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	143
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	141
7	9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	119
8	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	55
9	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	16
10	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	15
11	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	13
12	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	13
13	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	12
14	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	11
15	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	9
16	1-206	Neurographie	6
17	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	6
18	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	5
19	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	4
20	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	4
21	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	4
22	9-645	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
23	1-790	Polysomnographie	< 4
24	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
25	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	< 4
26	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	< 4
27	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
28	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	< 4
29	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	< 4
30	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	< 4

B-[2900-GU_PSY2000].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[2900-GU_PSY2000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Kruttschnitt
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Böhmer
3	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

B-[2900-GU_PSY2000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	AM11	VP00 - („Sonstiges“)
2	Psychiatrische Institutsambulanz	VP00 - („Sonstiges“)
3	Chefarztambulanz Dr. Kruttschnitt	VP00 - („Sonstiges“)
4	Chefarztambulanz Dr. Böhmer	VP00 - („Sonstiges“)

B-[2900-GU_PSY2000].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[2900-GU_PSY2000].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[2900-GU_PSY2000].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[2900-GU_PSY2000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

Stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2900-GU_PSY2000].11 Personelle Ausstattung**B-[2900-GU_PSY2000].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,75	Fälle je VK/Person	100,425529
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,62	Ohne	0,13
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	7,05

- davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,69	Fälle je VK/Person	177,4436
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,69	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,7	Stationär	3,99

B-[2900-GU_PSY2000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

- 1 AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
- 2 AQ52 - Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie
- 3 AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 4 AQ42 - Neurologie

B-[2900-GU_PSY2000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF09 - Geriatrie
- 2 ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2900-GU_PSY2000].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		38,85	Fälle je VK/Person	18,22394
Beschäftigungsverhältnis	Mit	38,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	38,85

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,75	Fälle je VK/Person	404,571442
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,75

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	1416
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,94	Fälle je VK/Person	753,191467
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,94	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,94

B-[2900-GU_PSY2000].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
 - 2 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
 - 3 PQ20 - Praxisanleitung
 - 4 PQ02 - Diplom
 - 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2900-GU_PSY2000].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP05 - Entlassungsmanagement
 - 2 ZP24 - Deeskalationstraining

B-[2900-GU_PSY2000].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Gesamt		4,56	Fälle je VK/Person	354
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,56	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	2,56	Stationär	2

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Gesamt		3,07	Fälle je VK/Person	230,6189
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,07

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Gesamt		6,4	Fälle je VK/Person	145,679016
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,4	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	1,54	Stationär	4,86

Unsere Mitarbeiter im Bereich Physiotherapie und Ergotherapie sind in allen Fachabteilungen unserer Einrichtung tätig.

Eine Splittung ist daher nicht möglich.

B-[2960_GU_TK_Erwachsene] Tagesklinik für Allgemeine- und Gerontopsychiatrie

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Tagesklinik für Allgemeine- und Gerontopsychiatrie

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2960 - Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne Kruttschnitt
Telefon	03843 342301
Fax	03843 343468
E-Mail	a.kruttschnitt@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Böhmer
Telefon	03843 342189
Fax	03843 341505
E-Mail	h.boehmer@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
 - 2 VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
 - 3 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
 - 4 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
 - 5 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
 - 6 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 - 7 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
 - 8 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
 - 9 VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - 10 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
 - 11 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	162

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	474
2	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	449
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	172
4	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	114
5	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	101
6	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	58
7	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	40

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
8	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	39
9	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	18
10	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	12
11	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	10
12	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	9
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	8
14	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	4
15	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
17	9-649.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
18	9-649.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
19	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
20	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
21	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	< 4
22	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
23	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1337
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	172
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	12
4	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Kruttschnitt
2	AM07 - Privatambulanz	Chefarztambulanz Dr. Böhmer
3	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	psychiatrische Institutsambulanz

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	psychiatrische Institutsambulanz	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	psychiatrische Institutsambulanz	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	psychiatrische Institutsambulanz	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	psychiatrische Institutsambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	psychiatrische Institutsambulanz	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	psychiatrische Institutsambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	psychiatrische Institutsambulanz	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
8	psychiatrische Institutsambulanz	VX00 - („Sonstiges“)

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)**B-[2960_GU_TK_Erwachsene].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[2960_GU_TK_Erwachsene].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[2960_GU_TK_Erwachsene].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11 Personelle Ausstattung

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 0

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnungen

- 1 AQ51 - Psychiatrie und Psychotherapie
- 2 AQ52 - Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie
- 3 AQ53 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung

- 1 ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	5,91	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit 5,91	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	5,91

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 2 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[2960_GU_TK_Erwachsene].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3060_GU_TK_Kinder] Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-[3060_GU_TK_Kinder].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-[3060_GU_TK_Kinder].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3060 - Kinder-/Jugendpsych./Tagesklinik(teilstat. Pflegesätze)

B-[3060_GU_TK_Kinder].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin
-------------	-----------------------

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Heiko Fliß
Telefon	03843 342202
Fax	03843 343471
E-Mail	h.fliss@kmg-kliniken.de
Strasse	Friedrich-Trendelenburg-Allee
Hausnummer	1
PLZ	18273
Ort	Güstrow
URL	http://www.kmg-kliniken.de

B-[3060_GU_TK_Kinder].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

B-[3060_GU_TK_Kinder].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
- 2 VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
- 3 VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
- 4 VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 5 VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 6 VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
- 7 VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- 8 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 9 VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
- 10 VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
- 11 VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

B-[3060_GU_TK_Kinder].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	114

B-[3060_GU_TK_Kinder].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3060_GU_TK_Kinder].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3060_GU_TK_Kinder].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3060_GU_TK_Kinder].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-696.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	420
2	9-696.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	164
3	9-696.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	133
4	9-696.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Keine Therapieeinheit pro Woche	126
5	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	123
6	9-696.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	102
7	9-696.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	94
8	9-696.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	74
9	9-696.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	48
10	9-696.34	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 5 Therapieeinheiten pro Woche	48
11	9-696.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	44
12	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	43
13	9-696.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	42
14	9-696.35	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche	39
15	9-696.43	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	29
16	9-696.42	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	28
17	9-696.36	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche	27
18	9-696.38	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 9 Therapieeinheiten pro Woche	24
19	9-696.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	18
20	9-696.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	17

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen:	
21	9-696.44	Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche	15
		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen:	
22	9-696.21	Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	15
		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen:	
23	9-696.11	Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	15
		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen:	
24	9-696.50	Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	13
		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen:	
25	9-696.37	Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche	13
26	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	12
		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen:	
27	9-696.49	Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 9 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche	11
		Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	
28	9-984.8		11
		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen:	
29	9-696.12	Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	10
		Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen:	
30	9-696.46	Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 6 bis 7 Therapieeinheiten pro Woche	9

B-[3060_GU_TK_Kinder].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	1698
2	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	123
3	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	43
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	26
5	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4

B-[3060_GU_TK_Kinder].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3060_GU_TK_Kinder].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM02 - Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz

B-[3060_GU_TK_Kinder].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Psychiatrische Institutsambulanz	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
2	Psychiatrische Institutsambulanz	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
3	Psychiatrische Institutsambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
4	Psychiatrische Institutsambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
5	Psychiatrische Institutsambulanz	VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
6	Psychiatrische Institutsambulanz	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
7	Psychiatrische Institutsambulanz	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
8	Psychiatrische Institutsambulanz	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
9	Psychiatrische Institutsambulanz	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
10	Psychiatrische Institutsambulanz	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
11	Psychiatrische Institutsambulanz	VP11 - Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
12	Psychiatrische Institutsambulanz	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik

B-[3060_GU_TK_Kinder].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3060_GU_TK_Kinder].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3060_GU_TK_Kinder].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3060_GU_TK_Kinder].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

B-[3060_GU_TK_Kinder].11 Personelle Ausstattung

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
---	--	--	--	----

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		2,18	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	1,93

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		2,18	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0,25	Stationär	1,93

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
 - 2 AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
---	--	--	--	----

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,51	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,51	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,51

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		3,32	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3,32

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ10 - Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
 - 2 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

1 ZP13 - Qualitätsmanagement

B-[3060_GU_TK_Kinder].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	152
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	152

09/2 - Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	24
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	24

09/3 - Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision / -Systemwechsel / -Explantation

Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Fallzahl	35
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	35

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

Fallzahl	12
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	12

09/6 - Implantierbare Defibrillatoren - Revision / Systemwechsel / Explantation

Fallzahl	7
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	7

10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10

15/1 - Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Fallzahl	125
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	125

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	610
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	610

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	36
----------	----

Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 36

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl 14
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 14

CHE - Cholezystektomie

Fallzahl 132
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 134

DEK - Pflege: Dekubitusprophylaxe

Fallzahl 294
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 294

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl 191
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 191

HEP_IMP - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur

Fallzahl 191
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 191

HEP_WE - Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

Fallzahl Datenschut
Dokumentationsrate Datenschut
Anzahl Datensätze Standort Datenschut

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl 167
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 168

KEP_IMP - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knieschlittenprothesen

Fallzahl 161
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 162

KEP_WE - Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel

Fallzahl 6
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 6

NEO - Neonatologie

Fallzahl 84
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 86

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(PCI)

Fallzahl 922

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	928
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	313
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	314

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	97,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,00 - 98,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	314

Beobachtete Ereignisse	305
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	97,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,00 - 98,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	302
Beobachtete Ereignisse	294

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

(bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich bundesweit	97,84 - 98,27
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,00 - 98,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	11

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	96,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,00 - 98,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	265
Beobachtete Ereignisse	257

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	97,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,00 - 98,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	255
Beobachtete Ereignisse	248

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden).

Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232002_2007

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2007

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	90,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	59,00 - 98,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	9

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

Ergebnis-ID 50778

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	<p>DeQS</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	1,07
Risikoadjustierte Rate	1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	259
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	23,42

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,69 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

8. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID

232007_50778

Leistungsbereich

CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes

EKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Sortierung

1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

50778

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,11
Risikoadjustierte Rate	1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	218
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	18,88

9. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	0,88
Risikoadjustierte Rate	0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,53

10. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%

Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	17,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	13,00 - 21,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	314
Beobachtete Ereignisse	54

11. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind.

Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 232008_231900

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 231900

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit %

Bundesergebnis 15,03

Vertrauensbereich bundesweit 14,90 - 15,17

Rechnerisches Ergebnis 17,36

Vertrauensbereich Krankenhaus 13,00 - 22,00

Fallzahl

Grundgesamtheit 265

Beobachtete Ereignisse 46

12. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID 50722

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

Fachlicher Hinweis IQTIG

guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	96,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,00 - 97,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	302
Beobachtete Ereignisse	290
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

13. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich bundesweit	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	95,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,00 - 97,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	254
Beobachtete Ereignisse	242

14. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58000
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,92
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

15. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,57
Risikoadjustierte Rate	1,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,22 (95, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

16. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58002
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-</p>

Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,63
Risikoadjustierte Rate	0,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

17. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58003
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein</p>

Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	2,89
Risikoadjustierte Rate	2,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 6,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	1,73
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,63 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

18. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,27
Risikoadjustierte Rate	1,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14941
Beobachtete Ereignisse	109
Erwartete Ereignisse	85,91
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 2,27 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

19. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14941
Beobachtete Ereignisse	104

20. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14941
Beobachtete Ereignisse	4

21. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

Ergebnis-ID **521800**

Leistungsbereich DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus

sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14941
Beobachtete Ereignisse	0

22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

23. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID

51906

Leistungsbereich

GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist

Fachlicher Hinweis IQTIG

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	2,18
Risikoadjustierte Rate	2,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

24. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.</p>
Einheit	%

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

25. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch

das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,19
Vertrauensbereich bundesweit	6,79 - 7,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

26. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,68 - 13,35
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

27. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem

Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,86 - 13,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,00 - 79,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

28. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

29. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID

60686

Leistungsbereich

GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

19,49

Vertrauensbereich bundesweit

18,72 - 20,29

Vertrauensbereich Krankenhaus

3,00 - 56,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 40,38 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

30. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	88,51
Vertrauensbereich bundesweit	88,16 - 88,84
Rechnerisches Ergebnis	81,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,00 - 91,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	26

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 74,30 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

31. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	3,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,07 - 3,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,00

Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 7,25 % (90, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht unverändert

32. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,96
Vertrauensbereich bundesweit	8,75 - 9,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 11,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	<p>DeQS</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,35
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 1,37
Rechnerisches Ergebnis	0,60
Risikoadjustierte Rate	0,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 1,61

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,79 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

34. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

54016

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das

Fachlicher Hinweis IQTIG

auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 2,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,00 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

35. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

54017

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,29 (95, Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,09 - 2,55
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,58 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

37. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,34 - 2,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,86 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

38. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen

und Patienten)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

54120

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,31

Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,35
Rechnerisches Ergebnis	10,73
Risikoadjustierte Rate	10,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,22 - 10,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,59 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 191800_54120

Leistungsbereich HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 54120

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,47
Vertrauensbereich bundesweit	1,40 - 1,54
Rechnerisches Ergebnis	18,29
Risikoadjustierte Rate	18,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,78 - 18,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

40. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,21
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

41. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei

Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,43
Risikoadjustierte Rate	0,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,15 - 1,24
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

42. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,43 - 18,39
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

43. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **191914**

Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,83
Risikoadjustierte Rate	0,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,23 - 2,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

44. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von

90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Risikoadjustierte Rate	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 2,04
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,49 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

45. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,8
Vertrauensbereich bundesweit	8,58 - 9,02
Rechnerisches Ergebnis	11,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,00 - 25,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

46. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

54033

Leistungsbereich

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	1,07
Risikoadjustierte Rate	1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,62
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,02 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

47. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,04
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,95 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

48. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	2,09
Risikoadjustierte Rate	2,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 3,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	4,31
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,74 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

49. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt

wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Risikoadjustierte Rate	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
50. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
51. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,64
Vertrauensbereich bundesweit	0,61 - 0,68
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,01
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,20 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

52. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des

Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kran-kenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer,</p>

239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,01
Vertrauensbereich bundesweit	96,88 - 97,13
Rechnerisches Ergebnis	93,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,00 - 96,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	106

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

53. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID

131802

Leistungsbereich

HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	35
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</p>

arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,63 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,1
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132001
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,49
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,68 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

57. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,76 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

58. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,34
Vertrauensbereich bundesweit	94,83 - 95,79
Rechnerisches Ergebnis	77,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	45,00 - 93,00

Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	7
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitätsbericht	

59. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten,

Fachlicher Hinweis IQTIG

dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,32
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

60. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,32 - 0,71
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen

Fachlicher Hinweis IQTIG

werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,08 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

62. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,93
Vertrauensbereich bundesweit	2,80 - 3,07
Rechnerisches Ergebnis	7,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,10 - 13,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	9
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	0,10
Risikoadjustierte Rate	0,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,02 - 0,54
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,78 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

65. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267</p>
Einheit	%

Bundesergebnis	96,45
Vertrauensbereich bundesweit	96,38 - 96,52
Rechnerisches Ergebnis	95,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,75 - 97,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	526
Beobachtete Ereignisse	504

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

66. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID

101801

Leistungsbereich

HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,67 - 5,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

67. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung</p>

der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,51 - 4,29
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,59 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

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

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine</p>

fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,91
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,68 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

69. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,97
Risikoadjustierte Rate	1,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,02 - 3,37
Fallzahl	
Grundgesamtheit	125
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	5,58
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,51 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht unverändert

70. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-</p>

Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,26
Risikoadjustierte Rate	2,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,13 - 9,94
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,45 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

71. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	102001
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,30 - 97,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N02
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
 Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID 121800
 Leistungsbereich HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
 Art des Wertes QI
 Bezug zum Verfahren DeQS
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit %
 Bundesergebnis 0,88
 Vertrauensbereich bundesweit 0,70 - 1,10
 Rechnerisches Ergebnis 0,00
 Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 21,00

Fallzahl

Grundgesamtheit 14
 Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich Nicht definiert
 Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert
 Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N02
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
 Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID 52315
 Leistungsbereich HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
 Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,58 - 1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 35,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine</p>

fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,51 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

75. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	161800
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	82,12
Vertrauensbereich bundesweit	81,69 - 82,55
Rechnerisches Ergebnis	70,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	39,68 - 89,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	7

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

76. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID

603

Leistungsbereich

KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG

entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,19
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,32
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

77. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	604
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	99,67
Vertrauensbereich bundesweit	99,52 - 99,77
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

78. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	12,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,66 - 20,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

79. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11704
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link</p>

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

Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,31
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,22 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

80. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	11724
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21

81. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	162301
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,25 - 1,65
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

82. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	605
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.

Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,15 - 1,56
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

83. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	2,2

Vertrauensbereich bundesweit 1,60 - 3,03
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz
 Beobachtete Ereignisse Datenschutz
 Erwartete Ereignisse Datenschutz

84. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID 51859
 Leistungsbereich KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
 Art des Wertes TKez
 Bezug zum Verfahren DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit %
 Bundesergebnis 3,22
 Vertrauensbereich bundesweit 2,87 - 3,62
 Rechnerisches Ergebnis 0,00
 Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 48,99
Fallzahl
 Grundgesamtheit 4
 Beobachtete Ereignisse 0

85. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die

mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51437
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,65 - 98,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51443
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

Fachlicher Hinweis IQTIG

guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,29
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51873
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,80 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,77 (95, Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

88. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51865
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,04

Rechnerisches Ergebnis 0,00
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz
 Beobachtete Ereignisse Datenschutz
 Erwartete Ereignisse Datenschutz

89. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID 162304
 Leistungsbereich KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
 Art des Wertes TKez
 Bezug zum Verfahren DeQS

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

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit %
 Bundesergebnis 1,84
 Vertrauensbereich bundesweit 1,42 - 2,38
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz
 Beobachtete Ereignisse Datenschutz
 Erwartete Ereignisse Datenschutz

90. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID 51445
 Leistungsbereich KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,75
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 2,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
91. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden	
Ergebnis-ID	51448
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	2,32
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 4,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

92. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,93
Vertrauensbereich bundesweit	3,20 - 4,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

93. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei

Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,43
Vertrauensbereich bundesweit	1,36 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	1,87
Risikoadjustierte Rate	1,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,44 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im

Fachlicher Hinweis IQTIG

sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,49
Vertrauensbereich bundesweit	98,40 - 98,58
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

95. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID 212000

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	95,18
Vertrauensbereich bundesweit	94,65 - 95,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 84,93 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID

212001

Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	87,4
Vertrauensbereich bundesweit	86,97 - 87,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,00 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 63,30 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	verbessert

97. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder

Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,36 - 99,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

99. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt

werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,8
Vertrauensbereich bundesweit	2,40 - 3,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	97,43
Vertrauensbereich bundesweit	97,24 - 97,60
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

102. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,86
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 40,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,76 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht unverändert

103. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,53
Vertrauensbereich bundesweit	99,47 - 99,58
Rechnerisches Ergebnis	72,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	43,00 - 90,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,92 % (5, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

104. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	79,67
Vertrauensbereich bundesweit	79,20 - 80,13
Rechnerisches Ergebnis	98,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,00 - 99,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	56
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 73,47 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

105. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,70 - 2,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,57 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

106. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56005
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0,81
Risikoadjustierte Rate	0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	621
Beobachtete Ereignisse	742067
Erwartete Ereignisse	913379,84

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,35 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

107. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

56006

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,54
Risikoadjustierte Rate	0,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,18 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

108. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

56007

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
<p>Bundesergebnis</p>	0,92
<p>Vertrauensbereich bundesweit</p>	0,92 - 0,93
<p>Rechnerisches Ergebnis</p>	0,75
<p>Risikoadjustierte Rate</p>	0,75
<p>Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	0,00 - 0,00
<p>Fallzahl</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	358
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	962287
<p>Erwartete Ereignisse</p>	1276009,80
<p>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<= 1,27 (95, Perzentil)
<p>Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr</p>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	R10
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht</p>	unverändert
<p>109. Die Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
<p>Art des Wertes</p>	QI
<p>Bezug zum Verfahren</p>	DeQS
	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,19
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,20
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	981
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 0,14 % (90, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

110. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56012
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den

Fachlicher Hinweis IQTIG

„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,07 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

111. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,01
Vertrauensbereich bundesweit	94,79 - 95,23
Rechnerisches Ergebnis	93,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,00 - 97,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	61
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,19 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

112. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56018
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,00
Risikoadjustierte Rate	1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	665
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	8,97
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,03 (95, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

113. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56020
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den</p>

Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,88
Risikoadjustierte Rate	1,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 2,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	277
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	9,06
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

114. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56022
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,60
Risikoadjustierte Rate	1,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	79
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	10,65
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,10 (95, Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

115. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-
Fachlicher Hinweis IQTIG	

BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	2,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

116. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56101
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im

Fachlicher Hinweis IQTIG

sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	1,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

117. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle

Ergebnis-ID

56102

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des

Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	86,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,00 - 93,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

118. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzte hinzuziehen

Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,89
Rechnerisches Ergebnis	91,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,00 - 93,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar
R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

119. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis-ID

56104

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des

Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	89,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,00 - 91,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

120. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

Ergebnis-ID

56105

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	86,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,00 - 88,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

121. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID

56106

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qj-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der

Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,75
Rechnerisches Ergebnis	73,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,00 - 77,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

122. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

Ergebnis-ID

56107

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	96,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,00 - 99,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

123. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen

Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der</p>

Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,81
Rechnerisches Ergebnis	76,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,00 - 81,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

124. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Ergebnis-ID

56109

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit

Fachlicher Hinweis IQTIG

der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,84
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,84
Rechnerisches Ergebnis	79,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,00 - 84,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

125. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID**56110**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der

	Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	89,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,00 - 94,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

126. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	81,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,00 - 84,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.

Referenzbereich	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

127. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID	56112
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Punkte

Einheit

Bundesergebnis	0,62
Vertrauensbereich bundesweit	0,62 - 0,62
Rechnerisches Ergebnis	65,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	59,00 - 71,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

128. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung

Ergebnis-ID

56113

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,49
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	66,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,00 - 80,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

129. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93

Rechnerisches Ergebnis 80,77
 Vertrauensbereich Krankenhaus 56,00 - 96,00

Fallzahl

Grundgesamtheit 12
 Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
 Referenzbereich
 Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar
 Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

130. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID

56115

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,78
Rechnerisches Ergebnis	77,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,00 - 84,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	128
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

131. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	94,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	89,00 - 97,00

Fallzahl

Grundgesamtheit 128

Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.

Referenzbereich eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

132. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 56117

Leistungsbereich PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qj-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

133. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur

Referenzbereich	Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
134. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein	
Ergebnis-ID	330
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Einheit	%
Bundesergebnis	95,27
Vertrauensbereich bundesweit	94,72 - 95,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	20,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,99
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	177
Beobachtete Ereignisse	177
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten</p>

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,94
Risikoadjustierte Rate	0,94
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	608
Beobachtete Ereignisse	176
Erwartete Ereignisse	186,77
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,28 (90, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

137. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182000_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	19,75
Vertrauensbereich bundesweit	19,57 - 19,94
Rechnerisches Ergebnis	21,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	16,00 - 26,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	240
Beobachtete Ereignisse	51

138. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182300_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	33,83
Vertrauensbereich bundesweit	33,50 - 34,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 79,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

139. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern

ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182301_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	79,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	15

140. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	<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</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	4,05 - 4,24
Rechnerisches Ergebnis	3,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 7,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	6

141. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182302_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	8,08
Vertrauensbereich bundesweit	7,85 - 8,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,00 - 90,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

142. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID 182303_52249

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 6

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 52249

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit %

Bundesergebnis 100

Vertrauensbereich bundesweit 99,95 - 100,00

Rechnerisches Ergebnis 100,00

Vertrauensbereich Krankenhaus 67,00 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit 8

Beobachtete Ereignisse 8

143. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID 182004_52249

Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 7

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 52249

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

(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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	72,64
Vertrauensbereich bundesweit	72,36 - 72,93
Rechnerisches Ergebnis	50,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	42,00 - 59,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	64

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

Ergebnis-ID	182005_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	92,58
Vertrauensbereich bundesweit	92,18 - 92,96
Rechnerisches Ergebnis	100,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	64,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7

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

Ergebnis-ID 182006_52249

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	86,63
Vertrauensbereich bundesweit	85,96 - 87,27
Rechnerisches Ergebnis	83,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	55,00 - 95,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	10

146. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID 182007_52249

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,02 - 76,14
Rechnerisches Ergebnis	83,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	55,00 - 95,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	10

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

Ergebnis-ID	182008_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	34,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	182009_52249
--------------------	---------------------

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
------------------	------------------------

Art des Wertes	EKez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	DeQS
---------------------	------

Sortierung	12
------------	----

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
---------------------------------	-------

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	46,22
Vertrauensbereich bundesweit	45,69 - 46,75
Rechnerisches Ergebnis	44,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	24,00 - 66,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	18
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	8
------------------------	---

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

Ergebnis-ID	1058
--------------------	-------------

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
------------------	------------------------

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
---------------------	------------------

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,16 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 22,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

150. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	321
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS 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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	573
Beobachtete Ereignisse	0

151. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51397
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	573
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,36

152. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,26
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 4,46 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

153. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/.</p>
Einheit	%

Bundesergebnis	96,98
Vertrauensbereich bundesweit	96,73 - 97,21
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

154. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,75
Risikoadjustierte Rate	0,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

155. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der

Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Sortierung

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

51808_51803

PM-GEBH - Geburtshilfe

KKez

DeQS, QS-Planung

1

51803

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,14 - 1,49
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 31,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	584
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,12

156. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51813_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,72
Risikoadjustierte Rate	1,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

157. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung

Sortierung

3

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

51803

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Risikoadjustierte Rate	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

158. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51823_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine Kennzahl, die zur Berechnung des planungsrelevanten QI ID 51803 genutzt wird. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,14
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	577
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,25

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

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	432
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,59

160. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181801_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
	<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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	388
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,36

161. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	181802_181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800
	<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 sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	44
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23

162. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182010
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

163. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182011
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von

Fachlicher Hinweis IQTIG

guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,60 - 2,83
Rechnerisches Ergebnis	2,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,00 - 4,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	614
Beobachtete Ereignisse	18
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

164. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	8,79
Vertrauensbereich bundesweit	8,67 - 8,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 12,02 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

165. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)

Ergebnis-ID	51070
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,19 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

166. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	51832
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,13
Vertrauensbereich bundesweit	2,78 - 3,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

167. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID**51837**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine

Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die

Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen

werden: [https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/)

[arbeiten/grundlagen/standard-titel/](https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/). Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG

entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

168. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID

51076

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,68
Vertrauensbereich bundesweit	2,35 - 3,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

169. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID

50050

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis
 Vertrauensbereich bundesweit
 Rechnerisches Ergebnis
 Vertrauensbereich Krankenhaus

0,93
 0,82 - 1,06
 0,00
 0,00 - 0,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

170. Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)

Ergebnis-ID 222200

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID 51838

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,84
Vertrauensbereich bundesweit	1,59 - 2,14
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	51843
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 56,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04

173. Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern

Ergebnis-ID	222201
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	1,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,38

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	51079
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,31
Vertrauensbereich bundesweit	2,89 - 3,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	50053
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

0,48

Vertrauensbereich bundesweit

0,42 - 0,55

Rechnerisches Ergebnis

0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 0,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID

51078

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	4,64
Vertrauensbereich bundesweit	4,05 - 5,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID

50052

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,18
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

178. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle

Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

51901

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

QI

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

0,81

0,76 - 0,86

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 60,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,65 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

179. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID 51136_51901

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

180. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID 51141_51901

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID 51146_51901

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,40
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 60,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04

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

Ergebnis-ID	51156_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,41 - 0,55
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID 51161_51901

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 5

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 51901

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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,40
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	50060
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,25
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,40 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

185. Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,9
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,52 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

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

Ergebnis-ID 222000_50062

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	222001_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen</p>

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

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

Ergebnis-ID	222002_50062
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062

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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	1,29
Vertrauensbereich bundesweit	1,18 - 1,42
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

189. Kinder, bei denen der Kopf bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus nicht ausreichend gewachsen ist

Ergebnis-ID	52262
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	9,86
Vertrauensbereich bundesweit	9,34 - 10,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 22,36 % (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
190. Ein Hörtest wurde durchgeführt	
Ergebnis-ID	50063
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98
Vertrauensbereich bundesweit	97,90 - 98,09
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,00 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	83
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

191. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50069
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Risikoadjustierte Rate	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 22,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	unverändert

192. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500

Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Ergebnis-ID****50074**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,12

Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	1,18
Risikoadjustierte Rate	1,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (95, Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten	unverändert
Qualitätsbericht	

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	117
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Erbrachte Menge	22

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja

Leistungsmenge im Berichtsjahr	117
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	22
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	11
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	11
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	0

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

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

- # Vereinbarung
- 1 CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation
Bauchaortenaneurysma
- CQ07: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen
– Perinataler Schwerpunkt
- 2 *nach Landeskonzept Mecklenburg-Vorpommern Aufnahme von Neonaten ab 1500 g Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org*

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt? Nein

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen 93

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen 85

- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben 59

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station F11- Klinik für Allgemein Chirurgie/ HNO - Tagschicht	100 %
2	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station F11- Klinik für Allgemein Chirurgie/ HNO - Nachtschicht	75 %
3	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Tagschicht	100 %
4	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Nachtschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
5	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin - Station E6- Klinik für Geriatrie - Tagschicht	100 %
8	Geriatrie - Station E6- Klinik für Geriatrie - Nachtschicht	100 %
9	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Tagschicht	100 %
10	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Nachtschicht	100 %
11	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Tagschicht	83,33 %
12	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Nachtschicht	41,67 %
13	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Tagschicht	100 %
14	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Nachtschicht	100 %
15	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Tagschicht	100 %
16	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Nachtschicht	100 %
17	Kardiologie - F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Tagschicht	100 %
18	Kardiologie - F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Nachtschicht	91,67 %
19	Kardiologie - F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Tagschicht	75 %
20	Kardiologie - F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Nachtschicht	100 %
21	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Tagschicht	100 %
22	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Nachtschicht	91,67 %
23	Neurologische Schlaganfalleinheit - E3- Stroke Unit - Tagschicht	91,67 %
24	Neurologische Schlaganfalleinheit - E3- Stroke Unit - Nachtschicht	91,67 %
25	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Tagschicht	100 %
26	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Nachtschicht	58,33 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station F11- Klinik für Allgemein Chirurgie/ HNO - Tagschicht	83,01 %
2	Allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Station F11- Klinik für Allgemein Chirurgie/ HNO - Nachtschicht	44,66 %
3	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Tagschicht	98,35 %
4	Allgemeine Pädiatrie - Station D15- Kinder- und Jugendmedizin - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Pädiatrie - Station F14- Kinder Überwachung - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin - Station E6- Klinik für Geriatrie - Tagschicht	90,96 %
8	Geriatrie - Station E6- Klinik für Geriatrie - Nachtschicht	98,9 %
9	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Tagschicht	94,79 %
10	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F13- Gynäkologie - Nachtschicht	97,81 %
11	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Tagschicht	41,64 %
12	Innere Medizin - Station E4- Gastroenterologie - Nachtschicht	47,67 %
13	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Tagschicht	93,7 %
14	Innere Medizin - Station E5- Gastroenterologie/ Palliativ - Nachtschicht	91,23 %
15	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Tagschicht	94,79 %
16	Intensivmedizin - Station C1- Intensivstation - Nachtschicht	90,96 %
17	Kardiologie - F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Tagschicht	35,02 %
18	Kardiologie - F9- Klinik für Kardiologie, Rhythmologie, Elektrophysiologie - Nachtschicht	60,08 %
19	Kardiologie - F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Tagschicht	58,9 %
20	Kardiologie - F10- Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie - Nachtschicht	54,25 %
21	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Tagschicht	76,34 %
22	Neurologie - Station E2 - Klinik für Neurologie - Nachtschicht	66,38 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
23	Neurologische Schlaganfalleinheit - E3- Stroke Unit - Tagschicht	72,05 %
24	Neurologische Schlaganfalleinheit - E3- Stroke Unit - Nachtschicht	75,34 %
25	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Tagschicht	82,19 %
26	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station E7- Zentrum für Unfallchirurgie und Orthopädie, Endoprothetikzentrum - Nachtschicht	51,23 %

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

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

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2023 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Eingereichte Daten je Quartal und Einrichtungstyp

Quartal	Meldung zur Vollständigkeit	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik
Q1	vollständig	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Q2	vollständig	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Q3	vollständig	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden
Q4	vollständig	vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden

Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Regionale Pflichtversorgung	Geschlossene Bereiche	24-Stunden-Präsenzdienst
Q1	besteht	ja	ja
Q2	besteht	ja	ja
Q3	besteht	ja	ja
Q4	besteht	ja	ja

Regionale Pflichtversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartal	Regionale Pflichtversorgung	Geschlossene Bereiche	24-Stunden-Präsenzdienst
Q1	besteht nicht	nein	nein
Q2	besteht nicht	nein	nein
Q3	besteht nicht	nein	nein
Q4	besteht nicht	nein	nein

Stationsdaten**Stationsdaten in der Erwachsenenpsychiatrie**

Quartal	Station	Planbetten	Planplätze	Stationstyp	Schwerpunktbehandlung
Q1	F5 Psychiatrie	14	4	E = elektive offene Station	
Q1	F6 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q1	F7 Psychiatrie	20	1	E = elektive offene Station	
Q1	F8 Psychiatrie	13	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	
Q1	Tagesklinik Allgemeinpsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	
Q1	Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	
Q2	F5 Psychiatrie	14	0	E = elektive offene Station	
Q2	F6 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q2	F7 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q2	F8 Psychiatrie	13	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	
Q2	Tagesklinik Allgemeinpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q2	Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	
Q3	F5 Psychiatrie	14	0	E = elektive offene Station	
Q3	F6 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q3	F7 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q3	F8 Psychiatrie	13	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	
Q3	Tagesklinik Allgemeinpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q3	Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	
Q4	F5 Psychiatrie	14	0	E = elektive offene Station	
Q4	F6 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q4	F7 Psychiatrie	20	0	E = elektive offene Station	
Q4	F8 Psychiatrie	13	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	
Q4	Tagesklinik Allgemeinpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q4	Tagesklinik Gerontopsychiatrie	0	12	E = elektive offene Station	

Stationsdaten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartal	Station	Planbetten	Planplätze	Stationstyp	Schwerpunktbehandlung
Q1	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q2	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q3	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	
Q4	Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	17	E = elektive offene Station	

Behandlungsumfang**Behandlungsumfang in der Erwachsenenpsychiatrie**

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q1	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	1334
Q1	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	239
Q1	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	905
Q1	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	1352
Q1	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	230
Q1	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	330
Q1	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	786
Q1	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	12
Q2	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	1860
Q2	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	146
Q2	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	792
Q2	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	1301
Q2	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	157
Q2	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	495
Q2	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	782
Q2	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	16
Q3	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	1618
Q3	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	193
Q3	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	793
Q3	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	1357
Q3	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	146
Q3	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	510
Q3	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	796
Q3	S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	24
Q4	A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	1657
Q4	A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	337
Q4	A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	671
Q4	A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	169
Q4	G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	1325
Q4	G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	130
Q4	G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	319

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q4	S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	789
Q4	S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung	9

Behandlungsumfang in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartal	Behandlungsbereich	Behandlungstage
Q1	KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1238
Q2	KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1083
Q3	KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1235
Q4	KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	1137

Erfüllung der Mindestvorgaben auf Einrichtungsebene

Quartal	Mindestvorgaben der Einrichtung erfüllt / Umsetzungsgrad	
	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Q1	ja / 153,4 %	nein / 114,85 %
Q2	nein / 142,5 %	nein / 112,3 %
Q3	ja / 133,3 %	nein / 108,5 %
Q4	ja / 126,8 %	nein / 107,5 %

Umsetzungsgrade der Berufsgruppen

Berufsgruppen in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS- Mind	Umsetzungsgrad
Q1	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2825	ja	2407	117,39 %
Q1	Pflegefachpersonen	19119	ja	11589	164,98 %
Q1	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1656	ja	934	177,25 %
Q1	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	1813	ja	1674	108,28 %
Q1	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	717	ja	387	185,21 %
Q1	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1526	ja	1037	147,15 %
Q2	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2147	nein	2573	83,43 %
Q2	Pflegefachpersonen	19314	ja	11971	161,34 %
Q2	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1352	ja	991	136,43 %
Q2	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	1755	ja	1805	97,21 %

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS-Mind	Umsetzungsgrad
Q2	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	964	ja	413	233,31 %
Q2	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1353	ja	1113	121,56 %
Q3	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2877	ja	2520	114,15 %
Q3	Pflegefachpersonen	15805	ja	11853	133,34 %
Q3	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1743	ja	984	177,15 %
Q3	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	2179	ja	1771	123,03 %
Q3	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	906	ja	406	223,2 %
Q3	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1327	ja	1094	121,25 %
Q4	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	2358	ja	2575	91,58 %
Q4	Pflegefachpersonen	15536	ja	12040	129,03 %
Q4	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	1729	ja	936	184,75 %
Q4	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	2118	ja	1673	126,57 %
Q4	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	634	ja	410	154,71 %
Q4	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1336	ja	1060	125,99 %

Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS-Mind	Umsetzungsgrad
Q1	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	902	ja	962	93,75 %
Q1	Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	2377	nein	2967	80,09 %

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS- Mind	Umsetzungsgrad
Q1	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und - psychotherapeuten)	1288	ja	728	176,93 %
Q1	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	526	nein	598	87,94 %
Q1	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	350	ja	246	142,35 %
Q1	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1473	ja	520	283,21 %
Q2	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	643	nein	841	76,49 %
Q2	Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	2369	ja	2596	91,26 %
Q2	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und - psychotherapeuten)	999	ja	636	156,95 %
Q2	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	486	ja	523	92,85 %
Q2	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	269	ja	214	125,43 %
Q2	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	1150	ja	455	252,92 %
Q3	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	711	nein	960	74,03 %
Q3	Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	3350	ja	2961	113,15 %
Q3	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und - psychotherapeuten)	980	ja	726	134,87 %
Q3	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	519	nein	597	86,95 %
Q3	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	343	ja	245	140,08 %
Q3	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	616	ja	518	118,76 %

Quartal	Berufsgruppe	VKS-Ist (gerundet)	Mindestanforderungen eingehalten	VKS- Umsetzungsgrad Mind
Q4	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	718	nein	884 81,29 %
Q4	Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	2462	ja	2725 90,35 %
Q4	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten)	1262	ja	669 188,78 %
Q4	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	612	ja	549 111,4 %
Q4	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	355	ja	225 157,59 %
Q4	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	537	ja	478 112,42 %

Ausnahmetatbestände

Ausnahmetatbestände in der Erwachsenenpsychiatrie

Quartal	Ausnahmetatbestand 1	Ausnahmetatbestand 2	Ausnahmetatbestand 3	Ausnahmetatbestand 4
Q1	nein	nein	nein	nein
Q2	nein	nein	nein	nein
Q3	nein	nein	nein	nein
Q4	nein	nein	nein	nein

Ausnahmetatbestände in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartal	Ausnahmetatbestand 1	Ausnahmetatbestand 2	Ausnahmetatbestand 3	Ausnahmetatbestand 4
Q1	nein	nein	nein	nein
Q2	nein	nein	nein	nein
Q3	nein	nein	nein	nein
Q4	nein	nein	nein	nein

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

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort Nein