



Strukturierter Qualitätsbericht 2022

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



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|--------|---|----|
| | Vorwort | 16 |
| | Einleitung | 17 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 18 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 18 |
| A-1.2 | Leitung des Krankenhauses/Standorts | 18 |
| A-1.3 | Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses | 18 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers | 18 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 19 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses | 19 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 20 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit | 20 |
| A-7.1 | Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung | 20 |
| A-7.2 | Aspekte der Barrierefreiheit | 20 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses | 21 |
| A-8.1 | Forschung und akademische Lehre | 21 |
| A-8.2 | Ausbildung in anderen Heilberufen | 21 |
| A-9 | Anzahl der Betten | 21 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen | 21 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses | 22 |
| A-11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 22 |
| A-11.2 | Pflegepersonal | 22 |
| A-11.3 | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik | 23 |
| A-11.4 | Spezielles therapeutisches Personal | 23 |

| | | |
|------------|---|----|
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung | 24 |
| A-12.1 | Qualitätsmanagement | 24 |
| A-12.1.1 | Verantwortliche Person | 24 |
| A-12.1.2 | Lenkungsgremium | 24 |
| A-12.2 | Klinisches Risikomanagement | 24 |
| A-12.2.1 | Verantwortliche Person | 24 |
| A-12.2.2 | Lenkungsgremium | 25 |
| A-12.2.3 | Instrumente und Maßnahmen | 25 |
| A-12.2.3.1 | Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems | 25 |
| A-12.2.3.2 | Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen | 26 |
| A-12.3 | Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 26 |
| A-12.3.1 | Hygienepersonal | 26 |
| A-12.3.1.1 | Hygienekommission | 27 |
| A-12.3.2 | Weitere Informationen zur Hygiene | 27 |
| A-12.3.2.1 | Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen | 27 |
| A-12.3.2.2 | Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie | 27 |
| A-12.3.2.3 | Umgang mit Wunden | 28 |
| A-12.3.2.4 | Händedesinfektion | 28 |
| A-12.3.2.5 | Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) | 29 |
| A-12.3.2.6 | Hygienebezogenes Risikomanagement | 29 |
| A-12.4 | Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 29 |
| A-12.5 | Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) | 30 |
| A-12.5.1 | Verantwortliches Gremium | 30 |
| A-12.5.2 | Verantwortliche Person | 30 |
| A-12.5.3 | Pharmazeutisches Personal | 30 |

| | | |
|--------------|---|----|
| A-12.5.4 | Instrumente und Maßnahmen | 31 |
| A-12.6 | Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt | 31 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 32 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 33 |
| A-14.1 | Teilnahme an einer Notfallstufe | 33 |
| A-14.2 | Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung | 33 |
| A-14.3 | Teilnahme am Modul Spezialversorgung | 33 |
| A-14.4 | Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen) | 33 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 34 |
| B-[2200] | Urologie | 34 |
| B-[2200].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 34 |
| B-[2200].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 34 |
| B-[2200].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 34 |
| B-[2200].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 34 |
| B-[2200].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 34 |
| B-[2200].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 35 |
| B-[2200].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 35 |
| B-[2200].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 36 |
| B-[2200].6.2 | Kompetenzdiagnosen | 37 |
| B-[2200].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 37 |
| B-[2200].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 38 |
| B-[2200].7.2 | Kompetenzprozeduren | 39 |
| B-[2200].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 39 |
| B-[2200].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 39 |
| B-[2200].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 39 |

| | | |
|-----------------|---|----|
| B-[2200].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 39 |
| B-[2200].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 40 |
| B-[2200].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 40 |
| B-[2200].11 | Personelle Ausstattung | 40 |
| B-[2200].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 40 |
| B-[2200].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 41 |
| B-[2200].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 41 |
| B-[2200].11.2 | Pflegepersonal | 41 |
| B-[2200].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | 41 |
| B-[2200].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 41 |
| B-[2200].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal | 41 |
| | in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[3600] | Intensivmedizin | 42 |
| B-[3600].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 42 |
| B-[3600].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 42 |
| B-[3600].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 42 |
| B-[3600].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 42 |
| B-[3600].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 43 |
| B-[3600].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 43 |
| B-[3600].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 43 |
| B-[3600].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 43 |
| B-[3600].6.2 | Kompetenzdiagnosen | 43 |
| B-[3600].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 44 |
| B-[3600].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 45 |
| B-[3600].7.2 | Kompetenzprozeduren | 45 |
| B-[3600].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 45 |

| | | |
|-----------------|---|----|
| B-[3600].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 45 |
| B-[3600].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 45 |
| B-[3600].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 45 |
| B-[3600].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 45 |
| B-[3600].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 45 |
| B-[3600].11 | Personelle Ausstattung | 46 |
| B-[3600].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 46 |
| B-[3600].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 46 |
| B-[3600].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 46 |
| B-[3600].11.2 | Pflegepersonal | 46 |
| B-[3600].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | 47 |
| B-[3600].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 47 |
| B-[3600].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal | 47 |
| | in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[1500] | Unfallchirurgie | 48 |
| B-[1500].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 48 |
| B-[1500].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 48 |
| B-[1500].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 48 |
| B-[1500].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 48 |
| B-[1500].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 48 |
| B-[1500].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 49 |
| B-[1500].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 49 |
| B-[1500].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 50 |
| B-[1500].6.2 | Kompetenzdiagnosen | 50 |
| B-[1500].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 50 |
| B-[1500].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 52 |

| | | |
|-----------------|---|----|
| B-[1500].7.2 | Kompetenzprozeduren | 53 |
| B-[1500].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 53 |
| B-[1500].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 53 |
| B-[1500].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 53 |
| B-[1500].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 54 |
| B-[1500].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 55 |
| B-[1500].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 55 |
| B-[1500].11 | Personelle Ausstattung | 55 |
| B-[1500].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 55 |
| B-[1500].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 56 |
| B-[1500].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 56 |
| B-[1500].11.2 | Pflegepersonal | 56 |
| B-[1500].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | 56 |
| B-[1500].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 56 |
| B-[1500].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal | 56 |
| | in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[2400] | Gynäkologie und Geburtshilfe | 57 |
| B-[2400].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 57 |
| B-[2400].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 57 |
| B-[2400].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 57 |
| B-[2400].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 57 |
| B-[2400].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 57 |
| B-[2400].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 58 |
| B-[2400].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 58 |
| B-[2400].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 59 |

| | | |
|-----------------|---|----|
| B-[2400].6.2 | Kompetenzdiagnosen | 60 |
| B-[2400].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 60 |
| B-[2400].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 61 |
| B-[2400].7.2 | Kompetenzprozeduren | 61 |
| B-[2400].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 61 |
| B-[2400].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 62 |
| B-[2400].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 62 |
| B-[2400].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 62 |
| B-[2400].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 63 |
| B-[2400].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 63 |
| B-[2400].11 | Personelle Ausstattung | 63 |
| B-[2400].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 63 |
| B-[2400].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 64 |
| B-[2400].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 64 |
| B-[2400].11.2 | Pflegepersonal | 64 |
| B-[2400].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | 64 |
| B-[2400].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 64 |
| B-[2400].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal | 64 |
| | in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[1000] | Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin | 65 |
| B-[1000].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 65 |
| B-[1000].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 65 |
| B-[1000].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 65 |
| B-[1000].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 65 |
| B-[1000].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 65 |
| B-[1000].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 66 |

| | | |
|--------------------|---|----|
| B-[1000].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 66 |
| B-[1000].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 67 |
| B-[1000].6.2 | Kompetenzdiagnosen | 67 |
| B-[1000].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 67 |
| B-[1000].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 69 |
| B-[1000].7.2 | Kompetenzprozeduren | 69 |
| B-[1000].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 70 |
| B-[1000].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 70 |
| B-[1000].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 70 |
| B-[1000].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 70 |
| B-[1000].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 70 |
| B-[1000].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 70 |
| B-[1000].11 | Personelle Ausstattung | 70 |
| B-[1000].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 70 |
| B-[1000].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 70 |
| B-[1000].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 70 |
| B-[1000].11.2 | Pflegepersonal | 71 |
| B-[1000].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | 71 |
| B-[1000].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 71 |
| B-[1000].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal | 71 |
| | in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[1500-6Allg] | Allgemeinchirurgie | 72 |
| B-[1500-6Allg].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 72 |
| B-[1500-6Allg].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 72 |
| B-[1500-6Allg].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 72 |
| B-[1500-6Allg].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 72 |

| | | |
|-----------------------|--|----|
| B-[1500-6Allg].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 73 |
| B-[1500-6Allg].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 73 |
| B-[1500-6Allg].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 74 |
| B-[1500-6Allg].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 75 |
| B-[1500-6Allg].6.2 | Kompetenzdiagnosen | 75 |
| B-[1500-6Allg].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 75 |
| B-[1500-6Allg].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 76 |
| B-[1500-6Allg].7.2 | Kompetenzprozeduren | 77 |
| B-[1500-6Allg].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 77 |
| B-[1500-6Allg].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 78 |
| B-[1500-6Allg].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 78 |
| B-[1500-6Allg].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 78 |
| B-[1500-6Allg].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 79 |
| B-[1500-6Allg].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 79 |
| B-[1500-6Allg].11 | Personelle Ausstattung | 79 |
| B-[1500-6Allg].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 79 |
| B-[1500-6Allg].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 79 |
| B-[1500-6Allg].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 80 |
| B-[1500-6Allg].11.2 | Pflegepersonal | 80 |
| B-[1500-6Allg].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | 80 |
| B-[1500-6Allg].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 80 |
| B-[1500-6Allg].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 80 |
| B-[0100] | Abteilung für Innere Medizin/Geriatrie, Altersmedizin | 81 |
| B-[0100].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 81 |
| B-[0100].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 81 |

| | | |
|-----------------|---|----|
| B-[0100].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 81 |
| B-[0100].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 81 |
| B-[0100].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 81 |
| B-[0100].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 81 |
| B-[0100].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 82 |
| B-[0100].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 83 |
| B-[0100].6.2 | Kompetenzdiagnosen | 83 |
| B-[0100].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 83 |
| B-[0100].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 85 |
| B-[0100].7.2 | Kompetenzprozeduren | 85 |
| B-[0100].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 85 |
| B-[0100].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 86 |
| B-[0100].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 86 |
| B-[0100].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 86 |
| B-[0100].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 86 |
| B-[0100].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 86 |
| B-[0100].11 | Personelle Ausstattung | 86 |
| B-[0100].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 86 |
| B-[0100].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 86 |
| B-[0100].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 86 |
| B-[0100].11.2 | Pflegepersonal | 87 |
| B-[0100].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | 87 |
| B-[0100].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 87 |
| B-[0100].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal | 87 |
| | in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | |
| B-[0100-8Abte] | Abteilung für Innere Medizin/Kardiologie | 88 |

| | | |
|-----------------------|---|----|
| B-[0100-8Abte].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | 88 |
| B-[0100-8Abte].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | 88 |
| B-[0100-8Abte].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | 88 |
| B-[0100-8Abte].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 88 |
| B-[0100-8Abte].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 88 |
| B-[0100-8Abte].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | 89 |
| B-[0100-8Abte].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 89 |
| B-[0100-8Abte].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | 90 |
| B-[0100-8Abte].6.2 | Kompetenzdiagnosen | 90 |
| B-[0100-8Abte].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 91 |
| B-[0100-8Abte].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | 92 |
| B-[0100-8Abte].7.2 | Kompetenzprozeduren | 93 |
| B-[0100-8Abte].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 93 |
| B-[0100-8Abte].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | 93 |
| B-[0100-8Abte].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | 93 |
| B-[0100-8Abte].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 93 |
| B-[0100-8Abte].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | 94 |
| B-[0100-8Abte].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 94 |
| B-[0100-8Abte].11 | Personelle Ausstattung | 94 |
| B-[0100-8Abte].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 94 |
| B-[0100-8Abte].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | 94 |
| B-[0100-8Abte].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | 94 |
| B-[0100-8Abte].11.2 | Pflegepersonal | 95 |
| B-[0100-8Abte].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | 95 |
| B-[0100-8Abte].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | 95 |

| | | | |
|-----------------------|---|-------|-----|
| B-[0100-8Abte].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | ..... | 95 |
| B-[0100-9Abte] | Abteilung für Innere Medizin/Hämatologie, Onkologie, Gastroenterologie | ..... | 96 |
| B-[0100-9Abte].1 | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung | ..... | 96 |
| B-[0100-9Abte].1.1 | Fachabteilungsschlüssel | ..... | 96 |
| B-[0100-9Abte].1.2 | Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes | ..... | 96 |
| B-[0100-9Abte].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | ..... | 96 |
| B-[0100-9Abte].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | ..... | 97 |
| B-[0100-9Abte].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung | ..... | 97 |
| B-[0100-9Abte].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | ..... | 97 |
| B-[0100-9Abte].6.1 | Hauptdiagnosen 3-stellig | ..... | 98 |
| B-[0100-9Abte].6.2 | Kompetenzdiagnosen | ..... | 99 |
| B-[0100-9Abte].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | ..... | 99 |
| B-[0100-9Abte].7.1 | OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe | ..... | 100 |
| B-[0100-9Abte].7.2 | Kompetenzprozeduren | ..... | 101 |
| B-[0100-9Abte].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | ..... | 101 |
| B-[0100-9Abte].8.1 | Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) | ..... | 101 |
| B-[0100-9Abte].8.2 | Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) | ..... | 101 |
| B-[0100-9Abte].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | ..... | 101 |
| B-[0100-9Abte].9.1 | Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe | ..... | 102 |
| B-[0100-9Abte].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | ..... | 102 |
| B-[0100-9Abte].11 | Personelle Ausstattung | ..... | 103 |
| B-[0100-9Abte].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | ..... | 103 |
| B-[0100-9Abte].11.1.1 | Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung | ..... | 103 |
| B-[0100-9Abte].11.1.2 | Zusatzweiterbildung | ..... | 103 |
| B-[0100-9Abte].11.2 | Pflegepersonal | ..... | 103 |
| B-[0100-9Abte].11.2.1 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte | ..... | 104 |

| | | | |
|-----------------------|---|-------|-----|
| | Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse | | |
| B-[0100-9Abte].11.2.2 | Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation | ..... | 104 |
| B-[0100-9Abte].11.3 | Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | ..... | 104 |
| C | Qualitätssicherung | | 105 |
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V | ..... | 105 |
| C-1.1 | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate | ..... | 105 |
| C-1.2 | Ergebnisse der Qualitätssicherung | | 106 |
| C-1.2.A | Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | | 107 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | ..... | 289 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | ..... | 290 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | ..... | 290 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge | ..... | 290 |
| C-5.1 | Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind | ..... | 290 |
| C-5.2 | Angaben zum Prognosejahr | | 291 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V | ..... | 291 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | ..... | 291 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | ..... | 292 |
| C-8.1 | Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG | | 292 |

| | | |
|-------|---|-----|
| C-8.2 | Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG | 294 |
| C-9 | Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL) | 294 |
| C-10 | Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien | 295 |

Vorwort

Vorwort

Die KMG Kliniken sind ein Gesundheitsunternehmen mit Standorten im Nordosten und in der Mitte Deutschlands. Wir sehen unsere Aufgabe darin, die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Patient*innen, Bewohner*innen und Klient*innen zu verbessern und zu erhalten. Der Kern unseres Selbstverständnisses ist die Kombination einer hochqualifizierten medizinischen und pflegerischen Versorgung mit einer familiären Atmosphäre in unseren Einrichtungen.

Gesundheit aus einer Hand: Unser Unternehmen wurde 1991 gegründet und baut auf der 100-jährigen Tradition des Kur- und Klinikbetriebes von Bas Wilsnack im Land Brandenburg auf. Inzwischen haben wir uns zu einem Gesundheitsdienstleister entwickelt, der in seinem Netzwerk moderner stationärer und ambulanter Versorgungseinrichtungen Gesundheit aus eigener Hand anbietet.

Wir betreiben Akutkliniken, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen für Senior*innen, Medizinische Versorgungszentren und Ambulante Pflegedienste mit über 2.500 Betten und Plätzen und beschäftigen 4.800 Mitarbeiter*innen.

Wir stehen für innovative Leistungen und investieren kontinuierlich in modernste medizinische Technologie und Infrastruktur sowie in die hohe Professionalität unserer Mitarbeiter*innen. Wir sind ein wichtiger Arbeitgeber in den jeweiligen Regionen unserer Einrichtungen. Wir sind Berufsausbilder und unsere Lehrkrankenhäuser sorgen in Kooperation mit Universitätskliniken für qualifizierten Nachwuchs und die Weiterbildung unseres medizinischen Personals auf höchstem Niveau.

Einleitung

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

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

| | |
|-------------------------------|-------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführerin |
| Titel, Vorname, Name | Edgar Opitz |
| Telefon | 03371 699 101 |
| Fax | 03371 620 110 |
| E-Mail | E.Opitz@kmg-kliniken.de |

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leitung Qualitäts-/Riskmanagement |
| Titel, Vorname, Name | Birgit Spielhagen |
| Telefon | 03371 699 107 |
| Fax | 03371 699 454 |
| E-Mail | B.Spielhagen@kmg-kliniken.de |

Links

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| | |
|---------------------|---|
| Name | KMG Klinikum Luckenwalde |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| Straße | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| IK-Nummer | 261200549 |
| Standort-Nummer | 773341000 |
| Standort-Nummer alt | 00 |
| Telefon-Vorwahl | 03371 |
| Telefon | 6990 |
| E-Mail | luckenwalde@kmg-kliniken.de |
| Krankenhaus-URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde |

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Ärztliche Leitung

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Ziya Akçetin |
| Telefon | 03371 699 261 |
| Fax | 03371 699 410 |
| E-Mail | Z.Akçetin@kmg-kliniken.de |

Verwaltungsleitung

| | |
|-------------------------------|------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Edgar Opitz |
| Telefon | 03371 699 101 |
| Fax | 03371 620 110 |
| E-Mail | E.Opitz@kmg-klinken.de |

Pflegedienstleitung

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Pflegedienstleitung |
| Titel, Vorname, Name | Ute Maria Wölwer-Schwarz |
| Telefon | 03371 699 712 |
| Fax | 03371 620 110 |
| E-Mail | U.Woelwer-Schwarz@kmg-kliniken.de |

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| | |
|------------------|---|
| Name des Trägers | KMG Klinikum Thüringen Brandenburg GmbH |
| Träger-Art | privat |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Med.pfleg. Leistungsangebot

1 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen

2 MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik

3 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie

4 MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien

5 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst

MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik

6 *Darüber hinaus findet an jedem 1. Donnerstag im Monat um 18:00 Uhr ein Elterninformationsabend für werdende Eltern im Kreißaal statt. Nähere Informationen finden Sie dazu auf unserer Internetseite.*

MP14 - Diät- und Ernährungsberatung

7 *Unsere Diätassistent*innen beraten Sie gern auf Anfrage der Station hinsichtlich der geforderten Diäten und Ernährung. Auch stehen auf Anfrage unsere Diabetesberater zur Verfügung.*

8 MP63 - Sozialdienst

MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

9

Das Zertifikat "Klinik für Diabetes Patienten geeignet" liegt vor.

10 MP43 - Stillberatung

11 MP45 - Stomatherapie/-beratung

12 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie

MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung

13

Hier steht Ihnen unser Interdisziplinäres Kontinenz- und Beckenbodenzentrum zur Verfügung.

14 MP51 - Wundmanagement

15 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

16 MP37 - Schmerztherapie/-management

17 MP25 - Massage

18 MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 1 *Für Ihre Gesundheit verbinden wir an unserem KMG Klinikum Luckenwalde eine hochqualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung mit einer fürsorglichen und familiären Atmosphäre. Für 170,00 Euro pro Nacht können Sie in den Genuss kommen.*
- NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 2 *Für Ihre Gesundheit verbinden wir an unserem KMG Klinikum Luckenwalde eine hochqualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung mit einer fürsorglichen und familiären Atmosphäre. Für 85,00 Euro pro Nacht können Sie in den Genuss kommen.*
- NM05: Mutter-Kind-Zimmer
- 3 *Genießen Sie Ihre gemeinsame erste Zeit in Familie. Wir bieten Ihnen das Familienzimmer für 65,00 Euro pro Nacht.*
- NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
- 4 *Wir ermöglichen Ihnen die Unterbringung einer Begleitperson für 65,00 Euro pro Nacht.*
- NM02: Ein-Bett-Zimmer
- 6 NM10: Zwei-Bett-Zimmer
- 7 NM07: Rooming-in
- 8 NM50: Kinderbetreuung
- NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
- 9 *Die Termine in Ihrem KMG Klinikum Luckenwalde finden Sie auf unserer Internetseite.*
- 10 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
- NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- 11 *Bei Fragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen vom Sozialdienst zur Verfügung.*
- 12 NM68: Abschiedsraum
- 13 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

| | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Schwerbehindertenvertretung |
| Titel, Vorname, Name | Gabi Großkopf |
| Telefon | 03371 699 438 |
| Fax | 03371 620 110 |
| E-Mail | g.grosskopf@kmg-kliniken.de |

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF25 - Dolmetscherdienst
- 2 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
- 3 BF24 - Diätetische Angebote
- 4 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 5 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 6 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- 7 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Ausbildung in anderen Heilberufen

1 HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin

Frau Simone Zandeck, Sekretärin der Schule für Gesundheitsberufe (Telefon: 03371/699-346)

2 HB21 - Altenpflegerin, Altenpfleger

Frau Simone Zandeck, Sekretärin der Schule für Gesundheitsberufe (Telefon: 03371/699-346)

A-9 Anzahl der Betten

| | |
|---------------|-----|
| Anzahl Betten | 259 |
|---------------|-----|

A-10 Gesamtfallzahlen

| | |
|-------------------------|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 9002 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 29716 |
| 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 | | | | 65,64 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 65,64 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 65,64 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | | | 42,2 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 42,2 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 42,2 |
| Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | | | |
| Gesamt | | | | 4,8 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4,8 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 4,8 |
| - davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind | | | | |
| Gesamt | | | | 3,8 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3,8 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 3,8 |

A-11.2 Pflegepersonal

| | | | | |
|---|-----------------|-------|------------------|-------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | | 40 |
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | | | 92,51 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 92,51 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 92,51 |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | | | 4,19 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4,19 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 4,19 |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | | | 3,84 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3,84 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 3,84 |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | | | 8,05 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 8,05 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 8,05 |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften | | | | |
| Gesamt | | | | 11,27 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 0,86 | Ohne | 10,41 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 11,27 |

Ohne Fachabteilungszuordnung

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|---|------------------|-------|
| Gesamt | | | | 10,41 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 0 | Ohne | 10,41 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 10,41 |

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt | | | | 5,12 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 5,12 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 5,12 |

Ohne Fachabteilungszuordnung

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt | | | | 3,38 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3,38 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 3,38 |

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt | | | | 1,96 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1,96 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1,96 |

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt | | | | 1,31 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1,31 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1,31 |

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------|------------------|-------|
| Gesamt | | | | 10,02 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 10,02 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 10,02 |

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt | | | | 5,64 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 5,64 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 5,64 |

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt | | | | 1,22 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1,22 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1,22 |

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt | | | | 2,37 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 2,37 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 2,37 |

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt | | | | 1,49 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1,49 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1,49 |

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| Gesamt | | | | 7,31 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 7,31 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 7,31 |

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|----|------------------|----|
| Gesamt | | | | 10 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 10 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 10 |

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

| | |
|-------------------------------|--|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Leitung Patienten- und Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name | Birgit Spielhagen |
| Telefon | 03371 699 107 |
| Fax | 03371 699 454 |
| E-Mail | B.Spielhagen@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 | Lenkungsausschuss Qualitätsmanagement: Mitglieder der KHL, der Personalabt., QM, ärztl. Mitarbeiter QMB-Sitzungen: benannte QMB's aus allen Fachbereichen, Abt. Stationen |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | bei Bedarf |

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 – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 1 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
RM04: Klinisches Notfallmanagement
- 2 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Rahmenkonzeption QM 3.0
Letzte Aktualisierung: 01.10.2018
- 3 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
- 4 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Rahmenkonzeption QM 3.0
Letzte Aktualisierung: 01.10.2018
RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Rahmenkonzeption QM 3.0
Letzte Aktualisierung: 01.10.2018
RM18: Entlassungsmanagement
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Rahmenkonzeption QM 3.0
Letzte Aktualisierung: 01.10.2018
RM05: Schmerzmanagement
- 8 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Rahmenkonzeption QM 3.0
Letzte Aktualisierung: 01.10.2018

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 1 IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
Letzte Aktualisierung: 01.04.2022
- 2 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
Frequenz: bei Bedarf

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Instrument bzw. Maßnahme

IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von

3 Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem

Frequenz: bei Bedarf

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse
regelmäßig bewertet

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums

bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw.
sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung
der Patientensicherheit

anhand von Maßnahmenplänen werden Veränderungen
vorgenommen

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 EF02: CIRS Berlin (Ärztchamber Berlin, 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)

1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher
Vorgaben

Nein

Anzahl (in Personen)

1

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher
Vorgaben

Nein

Anzahl (in Personen)

1

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher
Vorgaben

Nein

Anzahl (in Personen)

16

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission andere Frequenz

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name CA Prof. Dr. med. Ziya Akçetin
Telefon 03371 699 261
Fax 03371 699 410
E-Mail Z.Akçetin@kmg-kliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

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 | Hygienische Händedesinfektion | Ja |
| 2 | Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum | Ja |
| 3 | Beachtung der Einwirkzeit | Ja |

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

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

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Nein

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe 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 Nein

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

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen (Einheit: ml/Patiententag) 21,89

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 70,1

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogenAuswahl Ja**A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)****Umgang mit Patienten mit MRE (1)**

| # | Option | Auswahl |
|---|---|---------|
| | Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte | |
| 1 | Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden) | Ja |
| 2 | 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). | Ja |

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**Hygienebezogenes Risikomanagement**

| # | Instrument bzw. Maßnahme | |
|---|--|--|
| 1 | HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | |

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

- HAND-KISS
- CDAD-KISS
- MRSA-KISS
- OP-KISS

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

| # | Lob- und Beschwerdemanagement | Erfüllt? |
|---|--|----------|
| 1 | Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum | Ja |
| 2 | 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 |

Lob- und Beschwerdemanagement

| # | Lob- und Beschwerdemanagement | Erfüllt? |
|---|--|---|
| 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 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden | Ja |
| 8 | Patientenbefragungen | Ja <i>Findet im 3-Jahres-Rhythmus statt.</i> |
| 9 | Einweiserbefragungen | Ja <i>Findet im 3-Jahres-Rhythmus statt.</i> |

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Verantwortliche für das Beschwerdemanagement |
|-------------------------------|--|
| Titel, Vorname, Name | Doreen Ruthenberg |
| Telefon | 03371 699 946 |
| Fax | 03371 699 171 |
| E-Mail | D.Ruthenberg@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 | Anderes Gremium Arbeitsgruppe |
|------------------|-------------------------------|

Details

| | |
|--|----------------------------|
| Name des Gremiums Arbeitsgruppe | monatliche Chefarztsitzung |
| Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche | alle Chefarzte, Apotheker |

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

| | |
|---|------|
| Wurde eine verantwortliche Person festgelegt? | nein |
|---|------|

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| | |
|---|---|
| Anzahl Apotheker | 0 |
| Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal | 0 |
| Erläuterungen | Es handelt sich hier um eine Lieferapotheke, welche nicht dem Krankenhaus angegliedert ist. |

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 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) |
| 2 | AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern |

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- andere Maßnahme: Risikoaudits, Risikoscreening

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 |
| Erläuterungen | SOP Gewaltprävention |

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl Ja

Schutzkonzepte

- # Schutzkonzept
- 1 SK11: Sonstiges (Aufarbeitung)
- SOP Gewaltprävention*

A-13 Besondere apparative Ausstattung

| | | |
|----|---|---|
| # | Gerätenummer | 24h verfügbar |
| 1 | AA01 - Angiographiegerät/DSA | Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i> |
| 2 | AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren | Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i> |
| 3 | AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG) | Nein <i>Hirnstrommessung</i> |
| 4 | AA21 - Lithotripter (ESWL) | Keine Angabe erforderlich <i>Stoßwellen-Steinzerstörung</i> |
| 5 | AA08 - Computertomograph (CT) | Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i> |
| 6 | AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Keine Angabe erforderlich <i>Harnflussmessung</i> |
| 7 | AA23 - Mammographiegerät | Keine Angabe erforderlich <i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i> |
| 8 | AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT) | Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i> |
| 9 | AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen | Keine Angabe erforderlich <i>Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck</i> |
| 10 | AA50 - Kapselendoskop | Keine Angabe erforderlich <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i> |
| 11 | AA69 - Linksherzkatheterlabor (X) | Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i> |
| 12 | AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System | Keine Angabe erforderlich <i>Roboterassistiertes Chirurgie-System Da Vinci</i> |
| 13 | AA72 - 3D-Laparoskopie-System | Keine Angabe erforderlich <i>3D-Laparoskopie-System</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

Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

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-[2200] Urologie

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

| | |
|---|----------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Urologie |

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | |
|---|-------------------------|
| # | Fachabteilungsschlüssel |
| 1 | 2200 - Urologie |

B-[2200].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt für Urologie, ZB Medikamentöse Tumorthherapie, Andrologie |
| Titel, Vorname, Name | CA Prof. Dr. med. Ziya Akçetin |
| Telefon | 03371 699 261 |
| Fax | 03371 699 410 |
| E-Mail | Z.Akçetin@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/urologie-kinderurologie-und-uro-onkologie |

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

| | |
|---|--|
| # | Medizinische Leistungsangebote |
| 1 | VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase |
| 2 | VU17 - Prostatazentrum |
| 3 | VG16 - Urogynäkologie |
| 4 | VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz |
| 5 | VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems |
| 6 | VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane |

- # Medizinische Leistungsangebote
- 7 VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
- 8 VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
- 9 VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
- 10 VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 11 VU08 - Kinderurologie
- 12 VU13 - Tumorchirurgie
- 13 VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
- 14 VU14 - Spezialsprechstunde
- 15 VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
- 16 VU00 - („Sonstiges“): da Vinci-X-System®
- 17 VU18 - Schmerztherapie

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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1414 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|--|----------|
| 1 | C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 200 |
| 2 | C67.8 | Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend | 163 |
| 3 | N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet | 119 |
| 4 | N40 | Prostatahyperplasie | 89 |
| 5 | N20.1 | Ureterstein | 86 |
| 6 | N30.0 | Akute Zystitis | 66 |
| 7 | N13.21 | Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein | 57 |
| 8 | R31 | Nicht näher bezeichnete Hämaturie | 54 |
| 9 | N13.29 | Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisierung nicht näher bezeichnet | 31 |
| 10 | C64 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken | 25 |
| 11 | N32.8 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase | 25 |
| 12 | N13.3 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose | 25 |
| 13 | C67.2 | Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand | 25 |
| 14 | N30.2 | Sonstige chronische Zystitis | 25 |
| 15 | N13.1 | Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert | 25 |
| 16 | N20.0 | Nierenstein | 19 |
| 17 | C62.1 | Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden | 17 |
| 18 | N45.9 | Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess | 16 |
| 19 | N43.2 | Sonstige Hydrozele | 15 |
| 20 | N13.5 | Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose | 15 |
| 21 | N10 | Akute tubulointerstitielle Nephritis | 14 |
| 22 | N13.0 | Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion | 14 |
| 23 | N13.65 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere | 12 |
| 24 | N13.63 | Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere | 11 |
| 25 | N13.20 | Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein | 10 |
| 26 | N13.62 | Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein mit Infektion der Niere | 10 |

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|--|----------|
| 27 | C67.0 | Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae | 8 |
| 28 | N99.8 | Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen | 8 |
| 29 | C60.1 | Bösartige Neubildung: Glans penis | 8 |
| 30 | I89.8 | Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten | 7 |

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | N13 | Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie | 224 |
| 2 | C67 | Bösartige Neubildung der Harnblase | 210 |
| 3 | C61 | Bösartige Neubildung der Prostata | 200 |
| 4 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 120 |
| 5 | N20 | Nieren- und Ureterstein | 108 |
| 6 | N30 | Zystitis | 99 |
| 7 | N40 | Prostatahyperplasie | 89 |
| 8 | R31 | Nicht näher bezeichnete Hämaturie | 54 |
| 9 | N32 | Sonstige Krankheiten der Harnblase | 33 |
| 10 | C64 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken | 25 |
| 11 | N43 | Hydrozele und Spermatozele | 23 |
| 12 | N45 | Orchitis und Epididymitis | 22 |
| 13 | C62 | Bösartige Neubildung des Hodens | 18 |
| 14 | N10 | Akute tubulointerstitielle Nephritis | 14 |
| 15 | N99 | Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert | 13 |
| 16 | D41 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane | 10 |
| 17 | C60 | Bösartige Neubildung des Penis | 9 |
| 18 | I89 | Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten | 7 |
| 19 | N36 | Sonstige Krankheiten der Harnröhre | 7 |
| 20 | D29 | Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane | 7 |
| 21 | N41 | Entzündliche Krankheiten der Prostata | 6 |
| 22 | N49 | Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert | 6 |
| 23 | N31 | Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert | 5 |
| 24 | N47 | Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose | 5 |
| 25 | N48 | Sonstige Krankheiten des Penis | 5 |
| 26 | T83 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt | 5 |
| 27 | N44 | Hodentorsion und Hydatidentorsion | 5 |
| 28 | N50 | Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane | 4 |
| 29 | D30 | Gutartige Neubildung der Harnorgane | 4 |
| 30 | N17 | Akutes Nierenversagen | 4 |

B-[2200].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[2200].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|---|--------|
| 1 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 341 |
| 2 | 1-999.40 | Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop | 253 |
| 3 | 8-132.3 | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich | 191 |
| 4 | 8-132.2 | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend | 180 |
| 5 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 163 |
| 6 | 3-13d.5 | Urographie: Retrograd | 161 |
| 7 | 1-336 | Harnröhrenkalibrierung | 149 |
| 8 | 8-137.00 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral | 149 |
| 9 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 149 |
| 10 | 3-992 | Intraoperative Anwendung der Verfahren Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) | 142 |
| 11 | 5-573.41 | Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävlinsäure | 140 |
| 12 | 3-997 | Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten | 124 |
| 13 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 114 |
| 14 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 104 |
| 15 | 3-13f | Zystographie | 102 |
| 16 | 1-334.x | Urodynamische Untersuchung: Sonstige | 100 |
| 17 | 8-137.10 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral | 93 |
| 18 | 5-573.40 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt | 84 |
| 19 | 1-465.91 | Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: 20 oder mehr Zylinder | 84 |
| 20 | 8-132.1 | Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig | 83 |
| 21 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 80 |
| 22 | 5-987.0 | Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter | 79 |
| 23 | 5-985.9 | Lasertechnik: Holmium-Laser | 76 |
| 24 | 3-993 | Quantitative Bestimmung von Parametern | 76 |
| 25 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 71 |
| 26 | 9-984.9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 | 59 |
| 27 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | 58 |
| 28 | 5-562.8 | Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen | 56 |
| 29 | 8-137.20 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral | 55 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|---|--------|
| 30 | 5-562.5 | Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie) | 52 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 1 | 8-132 | Manipulationen an der Harnblase | 460 |
| 2 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 410 |
| 3 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 341 |
| 4 | 8-137 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter] | 339 |
| 5 | 1-999 | Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen | 270 |
| 6 | 5-573 | Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase | 241 |
| 7 | 3-13d | Urographie | 198 |
| 8 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 163 |
| 9 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 149 |
| 10 | 1-336 | Harnröhrenkalibrierung | 149 |
| 11 | 3-992 | Intraoperative Anwendung der Verfahren | 142 |
| 12 | 5-562 | Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung | 140 |
| 13 | 3-997 | Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten | 124 |
| 14 | 1-465 | Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren | 122 |
| 15 | 3-13f | Zystographie | 102 |
| 16 | 1-334 | Urodynamische Untersuchung | 100 |
| 17 | 5-987 | Anwendung eines OP-Roboters | 81 |
| 18 | 5-985 | Lasertechnik | 78 |
| 19 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 78 |
| 20 | 5-601 | Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe | 77 |
| 21 | 3-993 | Quantitative Bestimmung von Parametern | 76 |
| 22 | 8-542 | Nicht komplexe Chemotherapie | 70 |
| 23 | 5-550 | Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung | 66 |
| 24 | 8-133 | Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters | 64 |
| 25 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 62 |
| 26 | 5-570 | Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase | 62 |
| 27 | 5-604 | Radikale Prostatovesikulektomie | 56 |
| 28 | 5-988 | Anwendung eines Navigationssystems | 55 |
| 29 | 5-590 | Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe | 52 |
| 30 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 52 |

B-[2200].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|--|
| 1 | AM07 - Privatambulanz | Prostatakarzinomzentrum <i>Freitag nach Vereinbarung</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) | Ermächtigungssprechstunde für urologische Problemfälle <i>Freitag nach Vereinbarung</i> |
| 3 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |
| 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) | Chemosprechstunde <i>Chemo Tagesklinik von 06:00 Uhr bis 16:00 Uhr</i> |

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

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

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

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 1 | 5-640.2 | Operationen am Präputium: Zirkumzision | 56 |
| 2 | 8-137.12 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma | 33 |
| 3 | 8-137.10 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral | 33 |
| 4 | 8-137.20 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral | 26 |
| 5 | 5-636.2 | Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion] | 8 |
| 6 | 5-640.3 | Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik | 6 |
| 7 | 1-661 | Diagnostische Urethrozystoskopie | 6 |
| 8 | 8-138.0 | Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters: Wechsel ohne operative Dilatation | 4 |
| 9 | 1-465.0 | Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Niere | < 4 |
| 10 | 5-572.1 | Zystostomie: Perkutan | < 4 |
| 11 | 8-137.00 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral | < 4 |
| 12 | 8-137.22 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Über ein Stoma | < 4 |
| 13 | 5-636.2 | Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion] | < 4 |
| 14 | 5-640.1 | Operationen am Präputium: Dorsale Spaltung | < 4 |

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 15 | 8-137.02 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma | < 4 |
| 16 | 8-137.11 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Perkutan-transrenal | < 4 |
| 17 | 5-894.1c | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion | < 4 |
| 18 | 1-564.0 | Biopsie am Penis durch Inzision: Glans penis | < 4 |
| 19 | 1-666.2 | Diagnostische Endoskopie einer Harnableitung: Conduit | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 8-137 | Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter] | 98 |
| 2 | 5-640 | Operationen am Präputium | 64 |
| 3 | 5-636 | Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens | 10 |
| 4 | 1-661 | Diagnostische Urethrozystoskopie | 6 |
| 5 | 8-138 | Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters | 4 |
| 6 | 1-465 | Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren | < 4 |
| 7 | 5-572 | Zystostomie | < 4 |
| 8 | 1-564 | Biopsie am Penis durch Inzision | < 4 |
| 9 | 1-666 | Diagnostische Endoskopie einer Harnableitung | < 4 |
| 10 | 5-894 | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | < 4 |

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

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

B-[2200].11 Personelle Ausstattung

B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 7,75 | Fälle je VK/Person | 182,451614 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 7,75 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 7,75 |
| – davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 4,15 | Fälle je VK/Person | 340,72287 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4,15 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 4,15 |

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

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ60 - Urologie

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
1 ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie
2 ZF04 - Andrologie
3 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[2200].11.2 Pflegepersonal

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 11,3 | Fälle je VK/Person | 125,132736 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 11,3 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 11,3 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 1,97 | Fälle je VK/Person | 717,7665 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1,97 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1,97 |

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

- # Zusatzqualifikation
1 ZP13 - Qualitätsmanagement

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

B-[3600] Intensivmedizin

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

| | |
|---|-----------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Intensivmedizin |

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | |
|---|-------------------------|
| # | Fachabteilungsschlüssel |
| 1 | 3600 - Intensivmedizin |

B-[3600].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Fachärztin für Anästhesie,ZB Intensivmedizin, Rettungs- und Palliativmedizin |
| Titel, Vorname, Name | CÄ Dipl.-Med. Martina Dreyer |
| Telefon | 03371 699 251 |
| Fax | 03371 699 912 |
| E-Mail | M.Dreyer@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/anaesthesiologie-und-intensivmedizin |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt für Anästhesie, ZB Spezielle Intensivmedizin |
| Titel, Vorname, Name | CA Dr. med. Uwe Krüger |
| Telefon | 03371 699 252 |
| Fax | 03371 699 912 |
| E-Mail | U.Krueger@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/anaesthesiologie-und-intensivmedizin |

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

Medizinische Leistungsangebote

1 VX00 - („Sonstiges“): Sonstiges

Anlage von passageren Herzschrittmachern, Lagerungsverfahren bei Lungenversagen (ALI, ARDS)

VX00 - („Sonstiges“): Sonstiges

2 *Anlage von zentralen Venenkathetern, Pulmonalarterienkath., art. Kath., Regionalanästhesieverf. m. Kathetertechn., erweit. hämodynamisches Monitoring(PICCO), Retransfusion v. Blutverlusten(Cell- Saver), Dialyseverf. (CVVH, CVVHD, auch Heparinfrei), Punktionstracheotomie (nach Ciaglia), Bronchosk.)*

VX00 - („Sonstiges“): Sonstiges

3

intensive und non-intensive Beatmungstechniken, elektrische Kardioversion und Defibrillation

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

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[3600].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3600].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3600].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|--|--------|
| 1 | 8-931.0 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung | 26 |
| 2 | 8-980.0 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte | 20 |
| 3 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 14 |
| 4 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | 10 |
| 5 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 7 |
| 6 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 6 |
| 7 | 8-706 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung | 6 |
| 8 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 4 |
| 9 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 4 |
| 10 | 8-980.10 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte | 4 |
| 11 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 4 |
| 12 | 8-810.x | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige | < 4 |
| 13 | 8-701 | Einfache endotracheale Intubation | < 4 |
| 14 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | < 4 |
| 15 | 3-202 | Native Computertomographie des Thorax | < 4 |
| 16 | 8-910 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie | < 4 |
| 17 | 8-980.11 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte | < 4 |
| 18 | 8-020.8 | Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse | < 4 |
| 19 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | < 4 |
| 20 | 1-444.7 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien | < 4 |
| 21 | 5-892.3b | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers: Bauchregion | < 4 |
| 22 | 1-654.x | Diagnostische Rektoskopie: Sonstige | < 4 |
| 23 | 8-642 | Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus | < 4 |
| 24 | 8-98g.14 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage | < 4 |
| 25 | 1-650.1 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum | < 4 |
| 26 | 1-670 | Diagnostische Vaginoskopie | < 4 |
| 27 | 5-464.22 | Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Neueinpflanzung: Ileum | < 4 |
| 28 | 5-449.d3 | Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch | < 4 |
| 29 | 8-919 | Komplexe Akutschmerzbehandlung | < 4 |
| 30 | 8-179.x | Andere therapeutische Spülungen: Sonstige | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 8-931 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes | 26 |
| 2 | 8-980 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 26 |
| 3 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 14 |
| 4 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 10 |
| 5 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 7 |
| 6 | 8-706 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung | 6 |
| 7 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 6 |
| 8 | 8-810 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen | 6 |
| 9 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 5 |
| 10 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 5 |

B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[3600].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) | Schmerzsprechstunde <i>Montag von 08:00 Uhr bis 12:00 Uhr, Dienstag ab 16:00 Uhr</i> |

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

| # | Ambulanz | Leistung |
|---|---------------------|------------------------|
| 1 | Schmerzsprechstunde | VI40 - Schmerztherapie |

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

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|-----------------|------|--------------------|------|
| Gesamt | | 9,84 | Fälle je VK/Person | 0 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 9,84 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 9,84 |
| – davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 6,54 | Fälle je VK/Person | 0 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 6,54 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 6,54 |

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ01 - Anästhesiologie
 - 2 AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF15 - Intensivmedizin
 - 2 ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
 - 3 ZF28 - Notfallmedizin
 - 4 ZF30 - Palliativmedizin

B-[3600].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------|--------------------|-------|
| Gesamt | | 14,34 | Fälle je VK/Person | 0 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 14,34 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 14,34 |

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-----|--------------------|-----|
| Gesamt | | 0,1 | Fälle je VK/Person | 0 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 0,1 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 0,1 |

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------|
| Gesamt | | 0,87 | Fälle je VK/Person | 0 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 0,87 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 0,87 |

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

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 3 PQ20 - Praxisanleitung

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

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP13 - Qualitätsmanagement

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

B-[1500] Unfallchirurgie

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

| | |
|---|-----------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Unfallchirurgie |

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | |
|---|-----------------------------|
| # | Fachabteilungsschlüssel |
| 1 | 1500 - Allgemeine Chirurgie |

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | FA für Chirurgie, ZB Spezielle Unfallchirurgie, Rettungsmedizin |
| Titel, Vorname, Name | CA Thomas Kaschewsky |
| Telefon | 03371 699 315 |
| Fax | 03371 699 466 |
| E-Mail | T.Kaschewsky@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen/unfallchirurgie-und-orthopaedie |

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

| | |
|----|--|
| # | Medizinische Leistungsangebote |
| 1 | VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen |
| 2 | VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels |
| 3 | VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen |
| 4 | VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax |
| 5 | VO16 - Handchirurgie |
| 6 | VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik |
| 7 | VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes |
| 8 | VO15 - Fußchirurgie |
| 9 | VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes |
| 10 | VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels |
| 11 | VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand |

- # Medizinische Leistungsangebote
- 12 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 13 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 14 VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
- 15 VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1017 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|--|----------|
| 1 | S06.0 | Gehirnerschütterung | 121 |
| 2 | S00.85 | Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung | 56 |
| 3 | S72.11 | Femurfraktur: Intertrochantär | 30 |
| 4 | S42.21 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf | 29 |
| 5 | M54.4 | Lumboischialgie | 24 |
| 6 | S72.01 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär | 22 |
| 7 | S30.0 | Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens | 22 |
| 8 | S00.05 | Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung | 20 |
| 9 | M54.5 | Kreuzschmerz | 20 |
| 10 | S42.29 | Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile | 20 |
| 11 | S52.51 | Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur | 19 |
| 12 | S82.6 | Fraktur des Außenknöchels | 18 |
| 13 | S20.2 | Prellung des Thorax | 17 |
| 14 | S52.8 | Fraktur sonstiger Teile des Unterarmes | 16 |
| 15 | M51.2 | Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung | 14 |
| 16 | S52.59 | Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile | 12 |
| 17 | S52.01 | Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon | 12 |
| 18 | M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose | 12 |
| 19 | S82.82 | Trimalleolarfraktur | 12 |
| 20 | T84.04 | Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk | 11 |
| 21 | S80.0 | Prellung des Knies | 11 |
| 22 | S32.01 | Fraktur eines Lendenwirbels: L1 | 10 |
| 23 | S22.44 | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen | 10 |
| 24 | S22.06 | Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12 | 9 |
| 25 | M84.48 | Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | 9 |
| 26 | S82.31 | Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil) | 9 |
| 27 | G56.0 | Karpaltunnel-Syndrom | 9 |
| 28 | S22.42 | Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen | 9 |
| 29 | S13.4 | Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule | 8 |
| 30 | S82.18 | Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige | 8 |

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 135 |
| 2 | S42 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes | 82 |
| 3 | S00 | Oberflächliche Verletzung des Kopfes | 77 |
| 4 | S72 | Fraktur des Femurs | 75 |
| 5 | S82 | Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes | 75 |
| 6 | S52 | Fraktur des Unterarmes | 74 |
| 7 | M54 | Rückenschmerzen | 49 |
| 8 | S22 | Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule | 48 |
| 9 | S32 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens | 33 |
| 10 | S30 | Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens | 24 |
| 11 | M17 | Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] | 22 |
| 12 | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 20 |
| 13 | S20 | Oberflächliche Verletzung des Thorax | 17 |
| 14 | T84 | Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate | 16 |
| 15 | S80 | Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels | 15 |
| 16 | M00 | Eitrige Arthritis | 14 |
| 17 | S02 | Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen | 12 |
| 18 | S92 | Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk] | 12 |
| 19 | S62 | Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand | 12 |
| 20 | L03 | Phlegmone | 11 |
| 21 | M84 | Veränderungen der Knochenkontinuität | 11 |
| 22 | M75 | Schulterläsionen | 11 |
| 23 | T81 | Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert | 10 |
| 24 | M25 | Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert | 10 |
| 25 | G56 | Mononeuropathien der oberen Extremität | 9 |
| 26 | S43 | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels | 8 |
| 27 | S40 | Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes | 8 |
| 28 | S13 | Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe | 8 |
| 29 | M16 | Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] | 7 |
| 30 | S70 | Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels | 7 |

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

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|---|----------------------|--|--------|
| 1 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 576 |
| 2 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 369 |
| 3 | 3-205 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems | 219 |
| 4 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 169 |
| 5 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 139 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|--|--------|
| 6 | 3-203 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 120 |
| 7 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 112 |
| 8 | 3-802 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 83 |
| 9 | 9-984.9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 | 63 |
| 10 | 3-206 | Native Computertomographie des Beckens | 59 |
| 11 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 57 |
| 12 | 5-900.04 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf | 55 |
| 13 | 5-790.5f | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal | 53 |
| 14 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 52 |
| 15 | 5-794.k6 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal | 39 |
| 16 | 8-915 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie | 38 |
| 17 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 37 |
| 18 | 5-820.41 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert | 35 |
| 19 | 8-561.1 | Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie | 33 |
| 20 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | 29 |
| 21 | 9-984.6 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 | 28 |
| 22 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 28 |
| 23 | 5-896.1e | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie | 26 |
| 24 | 3-202 | Native Computertomographie des Thorax | 24 |
| 25 | 3-806 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems | 22 |
| 26 | 5-822.g1 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert | 18 |
| 27 | 5-869.2 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage | 18 |
| 28 | 8-98g.12 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung | 17 |
| 29 | 8-931.0 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte | 17 |
| 30 | 8-980.0 | | 14 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 576 |
| 2 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 522 |
| 3 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 369 |
| 4 | 3-205 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems | 219 |
| 5 | 5-794 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 154 |
| 6 | 3-203 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 120 |
| 7 | 5-790 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese | 106 |
| 8 | 5-900 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut | 84 |
| 9 | 3-802 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 83 |
| 10 | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 65 |
| 11 | 3-206 | Native Computertomographie des Beckens | 59 |
| 12 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 57 |
| 13 | 8-98g | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern | 55 |
| 14 | 5-787 | Entfernung von Osteosynthesematerial | 55 |
| 15 | 5-793 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | 54 |
| 16 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 52 |
| 17 | 5-820 | Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk | 50 |
| 18 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 45 |
| 19 | 8-915 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie | 38 |
| 20 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 33 |
| 21 | 8-561 | Funktionsorientierte physikalische Therapie | 33 |
| 22 | 5-916 | Temporäre Weichteildeckung | 30 |
| 23 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 28 |
| 24 | 8-201 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese | 27 |
| 25 | 3-202 | Native Computertomographie des Thorax | 24 |
| 26 | 3-806 | Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems | 22 |
| 27 | 8-980 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 22 |
| 28 | 5-796 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen | 22 |
| 29 | 5-822 | Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk | 20 |
| 30 | 5-869 | Andere Operationen an den Bewegungsorganen | 20 |

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|--|
| 1 | AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz | <i>Sprechstunde: Montag bis Freitag von 11:00 Uhr bis 14:00 Uhr</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) | Handchirurgie <i>Sprechstunde: Montag von 10:00 Uhr bis 11:00 Uhr</i> |
| 3 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | CA-Sprechstunde <i>Mittwoch von 10:00 Uhr bis 11:00 Uhr</i> |
| 4 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Indikationssprechstunde <i>Dienstag, Donnerstag und Freitag von 10:00 Uhr bis 11:00 Uhr</i> |

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

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

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

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | 5-056.40 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch | 24 |
| 2 | 5-842.70 | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen und mehreren Arteriolyse: Ein Finger | 13 |
| 3 | 5-787.1r | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal | 12 |
| 4 | 5-812.5 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell | 7 |
| 5 | 5-787.0c | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand | 6 |
| 6 | 5-787.k0 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula | 6 |
| 7 | 5-849.0 | Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions | 5 |
| 8 | 5-787.g5 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiuschaft | 4 |
| 9 | 5-787.k6 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal | 4 |
| 10 | 5-790.2b | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale | 4 |
| 11 | 5-796.kb | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale | 4 |
| 12 | 5-787.0b | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale | 4 |
| 13 | 5-787.3r | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal | 4 |
| 14 | 5-787.1n | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal | < 4 |
| 15 | 5-796.1c | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand | < 4 |
| 16 | 5-787.g8 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulnaschaft | < 4 |
| 17 | 5-841.14 | Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger | < 4 |
| 18 | 5-810.07 | Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Handgelenk n.n.bez. | < 4 |
| 19 | 5-787.06 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal | < 4 |
| 20 | 5-811.1h | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk | < 4 |
| 21 | 5-787.0a | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Karpale | < 4 |
| 22 | 5-787.09 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Ulna distal | < 4 |
| 23 | 5-787.2j | Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Patella | < 4 |
| 24 | 5-787.30 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula | < 4 |
| 25 | 5-787.36 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal | < 4 |
| 26 | 5-787.27 | Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal | < 4 |
| 27 | 5-787.3a | Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Karpale | < 4 |
| 28 | 5-787.0j | Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Patella | < 4 |
| 29 | 5-787.1v | Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale | < 4 |
| 30 | 5-811.0h | Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 5-787 | Entfernung von Osteosynthesematerial | 62 |
| 2 | 5-056 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven | 24 |
| 3 | 5-842 | Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger | 13 |
| 4 | 5-796 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen | 9 |
| 5 | 5-812 | Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken | 7 |
| 6 | 5-849 | Andere Operationen an der Hand | 6 |
| 7 | 5-790 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese | 6 |
| 8 | 5-810 | Arthroskopische Gelenkoperation | 4 |
| 9 | 5-841 | Operationen an Bändern der Hand | < 4 |
| 10 | 5-859 | Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln | < 4 |
| 11 | 5-811 | Arthroskopische Operation an der Synovialis | < 4 |
| 12 | 5-844 | Operation an Gelenken der Hand | < 4 |
| 13 | 5-800 | Offen chirurgische Operation eines Gelenkes | < 4 |
| 14 | 5-788 | Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes | < 4 |
| 15 | 5-808 | Offen chirurgische Arthrodese | < 4 |
| 16 | 5-795 | Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen | < 4 |
| 17 | 5-794 | Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens | < 4 |
| 18 | 8-200 | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese | < 4 |
| 19 | 5-846 | Arthrodese an Gelenken der Hand | < 4 |
| 20 | 5-840 | Operationen an Sehnen der Hand | < 4 |

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

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

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

| | | | |
|---|-----------------|------|------------------------------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | 40 |
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | | | |
| Gesamt | | 7,03 | Fälle je VK/Person 144,66571 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 7,03 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär 7,03 |
| – davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | |
| Gesamt | | 5,35 | Fälle je VK/Person 190,09346 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 5,35 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär 5,35 |

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

- # Facharztbezeichnungen
1 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
1 ZF12 - Handchirurgie
2 ZF28 - Notfallmedizin
3 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
4 ZF44 - Sportmedizin
5 ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 8,16 | Fälle je VK/Person | 124,632362 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 8,16 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 8,16 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 1,46 | Fälle je VK/Person | 696,5753 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1,46 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1,46 |

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

- # Zusatzqualifikation
1 ZP13 - Qualitätsmanagement

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

B-[2400] Gynäkologie und Geburtshilfe

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

| | |
|---|------------------------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Gynäkologie und Geburtshilfe |

B-[2400].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | |
|---|---|
| # | Fachabteilungsschlüssel |
| 1 | 2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe |

B-[2400].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | FA für Gynäkologie und Geburtshilfe |
| Titel, Vorname, Name | CA Dr. Erik Ulrich |
| Telefon | 03371 699 280 |
| Fax | 03371 699 161 |
| E-Mail | E.Ulrich@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/gynaekologie-und-geburtshilfe |

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

| | |
|----|---|
| # | Medizinische Leistungsangebote |
| 1 | VG06 - Gynäkologische Chirurgie |
| 2 | VG12 - Geburtshilfliche Operationen |
| 3 | VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 4 | VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse |
| 5 | VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane |
| 6 | VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren |
| 7 | VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse |
| 8 | VG16 - Urogynäkologie |
| 9 | VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes |
| 10 | VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie |

- # Medizinische Leistungsangebote
- 11 VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- 12 VG07 - Inkontinenzchirurgie
- 13 VG05 - Endoskopische Operationen

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

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1006 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|---|----------|
| 1 | Z38.0 | Einling, Geburt im Krankenhaus | 220 |
| 2 | O80 | Spontangeburt eines Einlings | 47 |
| 3 | O42.0 | Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden | 42 |
| 4 | C50.4 | Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse | 40 |
| 5 | C50.9 | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet | 35 |
| 6 | O34.2 | Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff | 31 |
| 7 | C50.8 | Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend | 23 |
| 8 | D27 | Gutartige Neubildung des Ovars | 16 |
| 9 | O26.88 | Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind | 16 |
| 10 | O70.0 | Dammriss 1. Grades unter der Geburt | 15 |
| 11 | C50.2 | Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse | 15 |
| 12 | N81.1 | Zystozele | 14 |
| 13 | O70.1 | Dammriss 2. Grades unter der Geburt | 14 |
| 14 | N61 | Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] | 14 |
| 15 | O68.0 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz | 12 |
| 16 | D24 | Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] | 12 |
| 17 | N81.4 | Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet | 12 |
| 18 | O48 | Übertragene Schwangerschaft | 11 |
| 19 | C50.5 | Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse | 9 |
| 20 | C54.1 | Bösartige Neubildung: Endometrium | 8 |
| 21 | D05.1 | Carcinoma in situ der Milchgänge | 8 |
| 22 | C56 | Bösartige Neubildung des Ovars | 8 |
| 23 | O00.1 | Tubargravidität | 8 |
| 24 | D48.6 | Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Brustdrüse [Mamma] | 7 |
| 25 | R10.3 | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches | 7 |
| 26 | O20.0 | Drohender Abort | 7 |
| 27 | N62 | Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse] | 7 |
| 28 | O14.0 | Leichte bis mäßige Präeklampsie | 6 |
| 29 | O33.5 | Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch ungewöhnlich großen Fetus | 6 |
| 30 | N83.2 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten | 6 |

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | Z38 | Lebendgeborene nach dem Geburtsort | 225 |
| 2 | C50 | Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] | 129 |
| 3 | O80 | Spontangeburt eines Einlings | 47 |
| 4 | O42 | Vorzeitiger Blasensprung | 44 |
| 5 | O34 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane | 33 |
| 6 | N81 | Genitalprolaps bei der Frau | 31 |
| 7 | O70 | Dammriss unter der Geburt | 29 |
| 8 | O26 | Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind | 25 |
| 9 | O68 | Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand] | 19 |
| 10 | O99 | Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren | 17 |
| 11 | D27 | Gutartige Neubildung des Ovars | 16 |
| 12 | N61 | Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] | 14 |
| 13 | N83 | Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri | 13 |
| 14 | D24 | Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] | 12 |
| 15 | O48 | Übertragene Schwangerschaft | 11 |
| 16 | O36 | Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus | 11 |
| 17 | O62 | Abnorme Wehentätigkeit | 10 |
| 18 | O00 | Extrauterin gravidität | 9 |
| 19 | O03 | Spontanabort | 9 |
| 20 | O32 | Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus | 9 |
| 21 | C54 | Bösartige Neubildung des Corpus uteri | 8 |
| 22 | D05 | Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma] | 8 |
| 23 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 8 |
| 24 | O21 | Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft | 8 |
| 25 | O20 | Blutung in der Frühschwangerschaft | 8 |
| 26 | O47 | Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen] | 8 |
| 27 | O14 | Präeklampsie | 8 |
| 28 | T85 | Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate | 8 |
| 29 | C56 | Bösartige Neubildung des Ovars | 8 |
| 30 | O72 | Postpartale Blutung | 7 |

B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[2400].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|---|--------|
| 1 | 1-208.8 | Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE] | 198 |
| 2 | 9-262.0 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung | 135 |
| 3 | 9-260 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt | 135 |
| 4 | 9-262.1 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes) | 109 |
| 5 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 103 |
| 6 | 3-100.1 | Mammographie: Präparatradiographie | 84 |
| 7 | 3-05d | Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane | 78 |
| 8 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 65 |
| 9 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 63 |
| 10 | 5-401.11 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie) | 59 |
| 11 | 3-760 | Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation) | 57 |
| 12 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 41 |
| 13 | 5-749.10 | Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär | 40 |
| 14 | 5-758.2 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina | 39 |
| 15 | 8-179.x | Andere therapeutische Spülungen: Sonstige | 38 |
| 16 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 37 |
| 17 | 5-758.3 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva | 36 |
| 18 | 5-749.11 | Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär | 35 |
| 19 | 5-749.0 | Andere Sectio caesarea: Resectio | 34 |
| 20 | 5-704.00 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material | 31 |
| 21 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 28 |
| 22 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 28 |
| 23 | 5-758.4 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva | 26 |
| 24 | 5-872.0 | (Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie | 25 |
| 25 | 5-690.0 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation | 24 |
| 26 | 5-730 | Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie] | 24 |
| 27 | 5-738.0 | Episiotomie und Naht: Episiotomie | 23 |
| 28 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | 22 |
| 29 | 8-910 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie | 22 |
| 30 | 5-870.a3 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie | 22 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 9-262 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen | 244 |
| 2 | 1-208 | Registrierung evozierter Potentiale | 198 |
| 3 | 9-260 | Überwachung und Leitung einer normalen Geburt | 135 |
| 4 | 5-749 | Andere Sectio caesarea | 109 |
| 5 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 106 |
| 6 | 5-758 | Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss] | 104 |
| 7 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 103 |
| 8 | 3-100 | Mammographie | 93 |
| 9 | 3-05d | Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane | 78 |
| 10 | 5-870 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe | 75 |
| 11 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 65 |
| 12 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 63 |
| 13 | 5-401 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße | 59 |
| 14 | 5-704 | Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik | 59 |
| 15 | 3-760 | Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation) | 57 |
| 16 | 8-179 | Andere therapeutische Spülungen | 42 |
| 17 | 5-690 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] | 32 |
| 18 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 30 |
| 19 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 28 |
| 20 | 5-872 | (Modifizierte radikale) Mastektomie | 26 |
| 21 | 5-730 | Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie] | 24 |
| 22 | 5-653 | Salpingoovariektomie | 24 |
| 23 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 23 |
| 24 | 5-738 | Episiotomie und Naht | 23 |
| 25 | 8-910 | Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie | 22 |
| 26 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 19 |
| 27 | 5-651 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe | 18 |
| 28 | 5-881 | Inzision der Mamma | 18 |
| 29 | 8-98g | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern | 18 |
| 30 | 5-469 | Andere Operationen am Darm | 17 |

B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|--|
| 1 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § | Geburtsplanung |
| 2 | 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | nach telefonischer Anmeldung im Kreißaal |

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
| | AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § | Brustzentrumssprechstunde |
| 3 | 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Donnerstag, nach Vereinbarung |

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

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

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

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 1 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | 95 |
| 2 | 5-690.0 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation | 48 |
| 3 | 5-653.32 | Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch) | 9 |
| 4 | 5-690.2 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung | 9 |
| 5 | 5-670 | Dilatation des Zervikalkanals | 6 |
| 6 | 5-671.01 | Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision | 5 |
| 7 | 5-712 | Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva | 5 |
| 8 | 5-711.1 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation | 4 |
| 9 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | < 4 |
| 10 | 5-690.1 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation | < 4 |
| 11 | 5-661.62 | Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch) | < 4 |
| 12 | 5-691 | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers | < 4 |
| 13 | 5-710 | Inzision der Vulva | < 4 |
| 14 | 5-882.1 | Operationen an der Brustwarze: Exzision | < 4 |
| 15 | 5-702.2 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes | < 4 |
| 16 | 5-702.1 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina | < 4 |
| 17 | 5-892.0a | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Brustwand und Rücken | < 4 |
| 18 | 5-712.11 | Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Destruktion: Elektrokoagulation | < 4 |
| 19 | 5-870.91 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten) | < 4 |
| 20 | 5-469.21 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch | < 4 |
| 21 | 1-571.1 | Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Cervix uteri | < 4 |
| 22 | 5-892.2b | Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Entfernung eines Fremdkörpers: Bauchregion | < 4 |
| 23 | 5-671.12 | Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Messerkonisation | < 4 |
| 24 | 5-663.02 | Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch) | < 4 |
| 25 | 5-651.92 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch) | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 1 | 1-672 | Diagnostische Hysteroskopie | 95 |
| 2 | 5-690 | Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] | 59 |
| 3 | 5-653 | Salpingoovariektomie | 9 |
| 4 | 5-712 | Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva | 6 |
| 5 | 5-670 | Dilatation des Zervikalkanals | 6 |
| 6 | 5-671 | Konisation der Cervix uteri | 6 |
| 7 | 5-711 | Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste) | 4 |
| 8 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | < 4 |
| 9 | 5-691 | Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers | < 4 |
| 10 | 5-702 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes | < 4 |
| 11 | 5-892 | Andere Inzision an Haut und Unterhaut | < 4 |
| 12 | 5-661 | Salpingektomie | < 4 |
| 13 | 1-571 | Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision | < 4 |
| 14 | 5-663 | Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation] | < 4 |
| 15 | 5-651 | Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe | < 4 |
| 16 | 5-469 | Andere Operationen am Darm | < 4 |
| 17 | 5-870 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe | < 4 |
| 18 | 5-882 | Operationen an der Brustwarze | < 4 |
| 19 | 5-710 | Inzision der Vulva | < 4 |

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

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 4,57 | Fälle je VK/Person | 220,131287 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4,57 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 4,57 |
| – davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 2,86 | Fälle je VK/Person | 351,74826 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 2,86 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 2,86 |

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2 AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF28 - Notfallmedizin
- 2 ZF12 - Handchirurgie

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 10,7 | Fälle je VK/Person | 94,01869 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 10,7 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 10,7 |

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 0,87 | Fälle je VK/Person | 1156,32178 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 0,87 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 0,87 |

B-[2400].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

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

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP23 - Breast Care Nurse
- 2 ZP13 - Qualitätsmanagement

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

B-[1000] Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin

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

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

B-[1000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | |
|---|-------------------------|
| # | Fachabteilungsschlüssel |
| 1 | 1000 - Pädiatrie |

B-[1000].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin |
| Titel, Vorname, Name | CÄ Dipl.-Med. Birgit Hauck |
| Telefon | 03371 699 376 |
| Fax | 03371 699 178 |
| E-Mail | B.Hauck@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/kinder-und-jugendmedizin |

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

| | |
|---|---|
| # | Medizinische Leistungsangebote |
| 1 | VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien |
| 2 | VK25 - Neugeborenenenscreening |
| 3 | VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener VK00 - („Sonstiges“): Sonstiges |
| 4 | <i>Allergiediagnostik (PR'ICK, RAST, Epikutantest), CPAP-Therapie, Echokardiografie, EEG, mit Videoüberwachung, Herz-Ultraschall, Kinderkardiologische Diagnostik, Langzeit-EKG und Blutdruckmessung, Lungenfunktionstest, Sonografie</i> |
| 5 | VK36 - Neonatologie |

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

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 335 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|--|----------|
| 1 | A08.1 | Akute Gastroenteritis durch Norovirus | 25 |
| 2 | S06.0 | Gehirnerschütterung | 20 |
| 3 | A09.0 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs | 18 |
| 4 | J12.1 | Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren] | 16 |
| 5 | K59.01 | Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung | 13 |
| 6 | J06.8 | Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege | 10 |
| 7 | J12.8 | Pneumonie durch sonstige Viren | 9 |
| 8 | J20.9 | Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet | 9 |
| 9 | B27.0 | Mononukleose durch Gamma-Herpesviren | 9 |
| 10 | J04.0 | Akute Laryngitis | 7 |
| 11 | R11 | Übelkeit und Erbrechen | 6 |
| 12 | K35.30 | Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur | 6 |
| 13 | R10.3 | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches | 6 |
| 14 | I88.0 | Unspezifische mesenteriale Lymphadenitis | 6 |
| 15 | B34.9 | Virusinfektion, nicht näher bezeichnet | 6 |
| 16 | I95.1 | Orthostatische Hypotonie | 6 |
| 17 | A04.5 | Enteritis durch Campylobacter | 5 |
| 18 | F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 5 |
| 19 | J12.3 | Pneumonie durch humanes Metapneumovirus | 4 |
| 20 | P70.4 | Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen | 4 |
| 21 | J12.2 | Pneumonie durch Parainfluenzaviren | 4 |
| 22 | J03.9 | Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet | 4 |
| 23 | R00.0 | Tachykardie, nicht näher bezeichnet | 4 |
| 24 | S52.4 | Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert | < 4 |
| 25 | J13 | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae | < 4 |
| 26 | A04.0 | Darminfektion durch enteropathogene Escherichia coli | < 4 |
| 27 | A08.2 | Enteritis durch Adenoviren | < 4 |
| 28 | A02.0 | Salmonellenenteritis | < 4 |
| 29 | K35.8 | Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet | < 4 |
| 30 | H65.0 | Akute seröse Otitis media | < 4 |

B-[1000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 1 | J12 | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert | 36 |
| 2 | A08 | Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen | 32 |
| 3 | S06 | Intrakranielle Verletzung | 20 |
| 4 | A09 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs | 18 |
| 5 | K59 | Sonstige funktionelle Darmstörungen | 14 |
| 6 | J20 | Akute Bronchitis | 12 |
| 7 | J06 | Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege | 11 |
| 8 | B27 | Infektiöse Mononukleose | 10 |
| 9 | A04 | Sonstige bakterielle Darminfektionen | 10 |
| 10 | K35 | Akute Appendizitis | 10 |
| 11 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 9 |
| 12 | B34 | Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation | 7 |
| 13 | J04 | Akute Laryngitis und Tracheitis | 7 |
| 14 | I95 | Hypotonie | 6 |
| 15 | I88 | Unspezifische Lymphadenitis | 6 |
| 16 | R11 | Übelkeit und Erbrechen | 6 |
| 17 | F10 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 5 |
| 18 | J03 | Akute Tonsillitis | 5 |
| 19 | J10 | Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren | 5 |
| 20 | B08 | Sonstige Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind, anderenorts nicht klassifiziert | 4 |
| 21 | P59 | Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen | 4 |
| 22 | P70 | Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind | 4 |
| 23 | R00 | Störungen des Herzschlages | 4 |
| 24 | S52 | Fraktur des Unterarmes | 4 |
| 25 | L03 | Phlegmone | 4 |
| 26 | A02 | Sonstige Salmonelleninfektionen | < 4 |
| 27 | J13 | Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae | < 4 |
| 28 | R06 | Störungen der Atmung | < 4 |
| 29 | J01 | Akute Sinusitis | < 4 |
| 30 | P07 | Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert | < 4 |

B-[1000].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[1000].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|---|----------------------|---|--------|
| 1 | 8-98g.10 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage | 17 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|---|--------|
| 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 | 15 |
| 3 | 1-208.8 | Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE] | 11 |
| 4 | 8-010.3 | Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich | 10 |
| 5 | 8-560.2 | Lichttherapie: Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie) | 8 |
| 6 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 8 |
| 7 | 5-470.11 | Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler) | 8 |
| 8 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 5 |
| 9 | 1-207.0 | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden) | 5 |
| 10 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 4 |
| 11 | 5-790.25 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiuschaft | < 4 |
| 12 | 5-790.28 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft | < 4 |
| 13 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | < 4 |
| 14 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | < 4 |
| 15 | 9-262.0 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung | < 4 |
| 16 | 3-804 | Native Magnetresonanztomographie des Abdomens | < 4 |
| 17 | 8-711.41 | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]: Bei Säuglingen (29. bis 365. Lebensstag) | < 4 |
| 18 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | < 4 |
| 19 | 8-903 | (Analgo-)Sedierung | < 4 |
| 20 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | < 4 |
| 21 | 8-200.9 | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Ulna distal | < 4 |
| 22 | 8-201.0 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidgelenk | < 4 |
| 23 | 8-191.20 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband mit antiseptischen Salben: Ohne Debridement-Bad | < 4 |
| 24 | 9-984.9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 | < 4 |
| 25 | 8-706 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung | < 4 |
| 26 | 3-802 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | < 4 |
| 27 | 5-900.14 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Sonstige Teile Kopf | < 4 |
| 28 | 5-900.0f | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Unterschenkel | < 4 |
| 29 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | < 4 |
| 30 | 1-710 | Ganzkörperplethysmographie | < 4 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 1 | 8-98g | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern | 32 |
| 2 | 1-208 | Registrierung evozierter Potentiale | 11 |
| 3 | 8-010 | Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen | 10 |
| 4 | 5-470 | Appendektomie | 8 |
| 5 | 8-560 | Lichttherapie | 8 |
| 6 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 8 |
| 7 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 7 |
| 8 | 5-790 | Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese | 7 |
| 9 | 1-207 | Elektroenzephalographie [EEG] | 5 |
| 10 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 4 |
| 11 | 5-900 | Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut | 4 |
| 12 | 8-711 | Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen | < 4 |
| 13 | 8-191 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen | < 4 |
| 14 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | < 4 |
| 15 | 8-903 | (Analgo-)Sedierung | < 4 |
| 16 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | < 4 |
| 17 | 3-804 | Native Magnetresonanztomographie des Abdomens | < 4 |
| 18 | 9-262 | Postnatale Versorgung des Neugeborenen | < 4 |
| 19 | 1-440 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas | < 4 |
| 20 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | < 4 |
| 21 | 8-706 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung | < 4 |
| 22 | 8-200 | Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese | < 4 |
| 23 | 8-201 | Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese | < 4 |
| 24 | 9-401 | Psychosoziale Interventionen | < 4 |
| 25 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | < 4 |
| 26 | 8-900 | Intravenöse Anästhesie | < 4 |
| 27 | 5-550 | Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung | < 4 |
| 28 | 5-536 | Verschluss einer Narbenhernie | < 4 |
| 29 | 5-634 | Rekonstruktion des Funiculus spermaticus | < 4 |
| 30 | 5-534 | Verschluss einer Hernia umbilicalis | < 4 |

B-[1000].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|--------------------------|
| 1 | AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V | Kinderarztpraxis |
| 2 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | |

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

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

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

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

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

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

B-[1000].11 Personelle Ausstattung

B-[1000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | |
|--|-------------------|--------------------|------------|
| Gesamt | 4,43 | Fälle je VK/Person | 75,62077 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit 4,43 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant 0 | Stationär | 4,43 |
| – davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | |
| Gesamt | 1,58 | Fälle je VK/Person | 212,025314 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit 1,58 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant 0 | Stationär | 1,58 |

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

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|----------------------------------|
| 1 | AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin |

B-[1000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1000].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 4,09 | Fälle je VK/Person | 81,90709 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4,09 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 4,09 |

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

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

B-[1500-6Allg] Allgemein Chirurgie

B-[1500-6Allg].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---|---------------------|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Allgemein Chirurgie |

B-[1500-6Allg].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | |
|---|-----------------------------|
| # | Fachabteilungsschlüssel |
| 1 | 1500 - Allgemeine Chirurgie |

B-[1500-6Allg].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, ZB spezielle Viszeralchirurgie, Proktologie |
| Titel, Vorname, Name | CA Dr. med. Zülküf Tekin |
| Telefon | 03371 699 233 |
| Fax | 03371 699 900 |
| E-Mail | Z.Tekin@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/allgemein-viszeral-und-gefaesschirurgie |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie |
| Titel, Vorname, Name | CA Prof Dr. Dr. med. habil. Bernd Michael Harnoss |
| Telefon | 03371 699 379 |
| Fax | 03371 699 900 |
| E-Mail | b.harnoss@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/allgemein-viszeral-und-gefaesschirurgie |

B-[1500-6Allg].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-[1500-6Allg].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 2 VR02 - Native Sonographie
- 3 VC24 - Tumorchirurgie
- 4 VR06 - Endosonographie
VC58 - Spezialsprechstunde
- 5 *CA-Sprechstunde: Mo 11:00 Uhr - 15:00 Uhr | Viszeralsprechstunde Di 09:00 - 12:00 Uhr, 14:00 - 17:00 Uhr | Präoperative Sprechstunde Di + Mi 11:00 - 15:00 Uhr | Proktologische Sprechstunde: Do 09:00 - 15:00 Uhr*
- 6 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 7 VR04 - Duplexsonographie
- 8 VC68 - Mammachirurgie
- 9 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 10 VC71 - Notfallmedizin
- 11 VC62 - Portimplantation
- 12 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
- 13 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 14 VC66 - Arthroskopische Operationen
- 15 VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

B-[1500-6Allg].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1268 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[1500-6Allg].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 | 94 |
| 2 | I70.22 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m | 76 |
| 3 | K80.00 | Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 48 |
| 4 | K80.20 | Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 38 |
| 5 | K57.32 | Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung | 38 |
| 6 | K57.22 | Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung | 26 |
| 7 | I83.9 | Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung | 26 |
| 8 | K35.8 | Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet | 24 |
| 9 | R10.3 | Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches | 22 |
| 10 | K80.10 | Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion | 22 |
| 11 | I70.25 | Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän | 20 |
| 12 | L03.11 | Phlegmone an der unteren Extremität | 19 |
| 13 | E11.74 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet | 19 |
| 14 | K59.09 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation | 18 |
| 15 | K64.2 | Hämorrhoiden 3. Grades | 17 |
| 16 | K56.5 | Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion | 16 |
| 17 | K61.0 | Analabszess | 16 |
| 18 | K40.20 | Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet | 16 |
| 19 | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | 15 |
| 20 | K43.0 | Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän | 15 |
| 21 | K21.0 | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis | 14 |
| 22 | C18.7 | Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum | 13 |
| 23 | K40.30 | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet | 13 |
| 24 | K40.91 | Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie | 12 |
| 25 | L02.4 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten | 12 |
| 26 | K56.4 | Sonstige Obturation des Darmes | 11 |
| 27 | E11.50 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet | 11 |
| 28 | K42.0 | Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän | 10 |
| 29 | L02.2 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf | 9 |
| 30 | K44.9 | Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän | 9 |

B-[1500-6Allg].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | K40 | Hernia inguinalis | 139 |
| 2 | K80 | Cholelithiasis | 128 |
| 3 | I70 | Atherosklerose | 114 |
| 4 | K57 | Divertikulose des Darmes | 76 |
| 5 | E11 | Diabetes mellitus, Typ 2 | 47 |
| 6 | K56 | Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie | 45 |
| 7 | K35 | Akute Appendizitis | 42 |
| 8 | I83 | Varizen der unteren Extremitäten | 39 |
| 9 | K43 | Hernia ventralis | 35 |
| 10 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 29 |
| 11 | K85 | Akute Pankreatitis | 28 |
| 12 | L03 | Phlegmone | 28 |
| 13 | C18 | Bösartige Neubildung des Kolons | 27 |
| 14 | K64 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose | 25 |
| 15 | L02 | Hautabszess, Furunkel und Karbunkel | 22 |
| 16 | K59 | Sonstige funktionelle Darmstörungen | 21 |
| 17 | K61 | Abszess in der Anal- und Rektalregion | 21 |
| 18 | K42 | Hernia umbilicalis | 17 |
| 19 | L05 | Pilonidalzyste | 17 |
| 20 | K60 | Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion | 15 |
| 21 | C20 | Bösartige Neubildung des Rektums | 15 |
| 22 | K21 | Gastroösophageale Refluxkrankheit | 14 |
| 23 | K22 | Sonstige Krankheiten des Ösophagus | 12 |
| 24 | K29 | Gastritis und Duodenitis | 11 |
| 25 | K44 | Hernia diaphragmatica | 9 |
| 26 | K62 | Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums | 9 |
| 27 | K83 | Sonstige Krankheiten der Gallenwege | 9 |
| 28 | K55 | Gefäßkrankheiten des Darmes | 8 |
| 29 | K63 | Sonstige Krankheiten des Darmes | 8 |
| 30 | C16 | Bösartige Neubildung des Magens | 8 |

B-[1500-6Allg].6.2 Kompetenzdiagnosen**B-[1500-6Allg].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|---|----------------------|--|--------|
| 1 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 544 |
| 2 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 392 |
| 3 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | 125 |
| 4 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 121 |
| 5 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 94 |
| 6 | 5-511.11 | Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge | 91 |
| 7 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 87 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|--|--------|
| 8 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 85 |
| 9 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 74 |
| 10 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 73 |
| 11 | 3-608 | Superselektive Arteriographie | 72 |
| 12 | 3-13b | Magen-Darm-Passage (fraktioniert) | 63 |
| 13 | 3-828 | Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel | 62 |
| 14 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 60 |
| 15 | 5-932.63 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit Titanbeschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ² | 58 |
| 16 | 1-650.0 | Diagnostische Koloskopie: Partiell | 58 |
| 17 | 5-530.32 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP] | 56 |
| 18 | 8-915 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie | 55 |
| 19 | 3-607 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten | 54 |
| 20 | 8-931.0 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung | 53 |
| 21 | 3-605 | Arteriographie der Gefäße des Beckens | 53 |
| 22 | 8-980.0 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte | 47 |
| 23 | 8-836.0s | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel | 43 |
| 24 | 5-916.a0 | Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut | 43 |
| 25 | 8-191.00 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad | 42 |
| 26 | 5-469.20 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch | 42 |
| 27 | 5-530.31 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP] | 40 |
| 28 | 5-470.11 | Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler) | 39 |
| 29 | 5-932.43 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ² | 38 |
| 30 | 5-469.21 | Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch | 35 |

B-[1500-6Allg].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|---|------------|--|--------|
| 1 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 544 |
| 2 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 392 |
| 3 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 355 |
| 4 | 5-932 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung | 191 |
| 5 | 5-469 | Andere Operationen am Darm | 153 |
| 6 | 5-530 | Verschluss einer Hernia inguinalis | 147 |
| 7 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 137 |

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 8 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 117 |
| 9 | 5-511 | Cholezystektomie | 107 |
| 10 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 97 |
| 11 | 5-916 | Temporäre Weichteildeckung | 85 |
| 12 | 8-191 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen | 81 |
| 13 | 8-980 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 81 |
| 14 | 5-98c | Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme | 75 |
| 15 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 74 |
| 16 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 73 |
| 17 | 3-608 | Superselektive Arteriographie | 72 |
| 18 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 68 |
| 19 | 8-836 | (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention | 65 |
| 20 | 3-13b | Magen-Darm-Passage (fraktioniert) | 63 |
| 21 | 3-828 | Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel | 62 |
| 22 | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | 57 |
| 23 | 8-915 | Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie | 55 |
| 24 | 3-607 | Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten | 54 |
| 25 | 3-605 | Arteriographie der Gefäße des Beckens | 53 |
| 26 | 8-931 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes | 53 |
| 27 | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien | 52 |
| 28 | 5-455 | Partielle Resektion des Dickdarmes | 51 |
| 29 | 5-541 | Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums | 45 |
| 30 | 5-513 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen | 44 |

B-[1500-6Allg].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500-6Allg].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|--|
| 1 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | Präoperative Sprechstunde <i>Dienstag und Mittwoch von 11:00 Uhr bis 15:00 Uhr</i> CA-Sprechstunde |
| 2 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | <i>Montag von 11:00 Uhr bis 15:00 Uhr</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) | Proktologische Sprechstunde <i>Donnerstag von 09:00 Uhr bis 15:00 Uhr</i> |

B-[1500-6Allg].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[1500-6Allg].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[1500-6Allg].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) | 75 |
| 2 | 5-385.70 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna | 23 |
| 3 | 5-399.7 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) | 16 |
| 4 | 5-534.1 | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss | 12 |
| 5 | 5-492.00 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal | 4 |
| 6 | 1-502.5 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel | < 4 |
| 7 | 5-534.34 | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik | < 4 |
| 8 | 1-502.2 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberarm und Ellenbogen | < 4 |
| 9 | 5-401.00 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung | < 4 |
| 10 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | < 4 |
| 11 | 5-535.1 | Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss | < 4 |
| 12 | 5-493.21 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente | < 4 |
| 13 | 5-493.20 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment | < 4 |
| 14 | 5-534.33 | Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM] | < 4 |
| 15 | 5-530.33 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior) | < 4 |
| 16 | 5-482.10 | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Submuköse Exzision: Peranal | < 4 |
| 17 | 5-385.72 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva | < 4 |
| 18 | 5-385.4 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff) | < 4 |
| 19 | 5-401.10 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Ohne Markierung | < 4 |
| 20 | 5-385.80 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna | < 4 |

B-[1500-6Allg].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 5-399 | Andere Operationen an Blutgefäßen | 91 |
| 2 | 5-385 | Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen | 26 |
| 3 | 5-534 | Verschluss einer Hernia umbilicalis | 16 |
| 4 | 1-502 | Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision | 5 |
| 5 | 5-492 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals | 4 |
| 6 | 5-401 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße | < 4 |
| 7 | 5-493 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden | < 4 |
| 8 | 5-482 | Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums | < 4 |
| 9 | 1-694 | Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie) | < 4 |
| 10 | 5-530 | Verschluss einer Hernia inguinalis | < 4 |
| 11 | 5-535 | Verschluss einer Hernia epigastrica | < 4 |

B-[1500-6Allg].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1500-6Allg].11 Personelle Ausstattung

B-[1500-6Allg].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|-----------------|--------------------|------------------|------|
| Gesamt | 8,7 | Fälle je VK/Person | 145,747131 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 8,7 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 8,7 |
| – davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | 6,37 | Fälle je VK/Person | 199,05809 | |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 6,37 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 6,37 |

B-[1500-6Allg].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|---------------------------|
| 1 | AQ13 - Viszeralchirurgie |
| 2 | AQ06 - Allgemeinchirurgie |
| 3 | AQ07 - Gefäßchirurgie |

B-[1500-6Allg].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF34 - Proktologie
- 2 ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
- 3 ZF28 - Notfallmedizin

B-[1500-6Allg].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 13,25 | Fälle je VK/Person | 95,69811 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 13,25 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 13,25 |

B-[1500-6Allg].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[1500-6Allg].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

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

B-[1500-6Allg].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100] Abteilung für Innere Medizin/Geriatrie, Altersmedizin

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

| | |
|---|---|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Abteilung für Innere Medizin/Geriatrie, Altersmedizin |

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | |
|---|-------------------------|
| # | Fachabteilungsschlüssel |
| 1 | 0100 - Innere Medizin |

B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Fachärztin für Innere Medizin, ZB Geriatrie |
| Titel, Vorname, Name | CÄ Silke Riecke |
| Telefon | 03371 699 213 |
| Fax | 03371 699 440 |
| E-Mail | S.Riecke@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/geriatrie |

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

| | |
|---|--|
| # | Medizinische Leistungsangebote |
| 1 | VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen VI00 - („Sonstiges“) |
| 2 | <i>Schwindel, Stürze und Synkopen, Schlaganfall mit motorischen, aphasischen und neuropsychologischen Störungen, dementielle Syndrome, Schmerzsyndrome</i> |
| 3 | VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |

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

| | |
|-------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 673 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|--|----------|
| 1 | I63.3 | Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien | 67 |
| 2 | E86 | Volumenmangel | 54 |
| 3 | N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet | 22 |
| 4 | S72.11 | Femurfraktur: Intertrochantär | 19 |
| 5 | I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | 19 |
| 6 | S72.01 | Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär | 18 |
| 7 | G45.12 | Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden | 15 |
| 8 | N30.0 | Akute Zystitis | 14 |
| 9 | I63.4 | Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien | 13 |
| 10 | S32.5 | Fraktur des Os pubis | 13 |
| 11 | I50.01 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz | 12 |
| 12 | G40.4 | Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome | 11 |
| 13 | R55 | Synkope und Kollaps | 11 |
| 14 | J12.8 | Pneumonie durch sonstige Viren | 10 |
| 15 | A49.9 | Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet | 9 |
| 16 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 9 |
| 17 | F05.1 | Delir bei Demenz | 9 |
| 18 | E87.1 | Hypoosmolalität und Hyponatriämie | 8 |
| 19 | G40.3 | Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome | 8 |
| 20 | I95.1 | Orthostatische Hypotonie | 8 |
| 21 | J18.9 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet | 7 |
| 22 | R42 | Schwindel und Taumel | 7 |
| 23 | G40.2 | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen | 7 |
| 24 | G20.11 | Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation | 7 |
| 25 | S72.10 | Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet | 7 |
| 26 | I10.91 | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | 6 |
| 27 | G40.1 | Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen | 6 |
| 28 | G45.02 | Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden | 6 |
| 29 | N17.93 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 | 6 |
| 30 | N17.92 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2 | 6 |

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 1 | I63 | Hirnfarkt | 87 |
| 2 | S72 | Fraktur des Femurs | 55 |
| 3 | E86 | Volumenmangel | 54 |
| 4 | G40 | Epilepsie | 33 |
| 5 | I50 | Herzinsuffizienz | 33 |
| 6 | G45 | Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome | 28 |
| 7 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 22 |
| 8 | S32 | Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens | 22 |
| 9 | N30 | Zystitis | 14 |
| 10 | N17 | Akutes Nierenversagen | 14 |
| 11 | I95 | Hypotonie | 13 |
| 12 | E11 | Diabetes mellitus, Typ 2 | 12 |
| 13 | A49 | Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation | 12 |
| 14 | R55 | Synkope und Kollaps | 11 |
| 15 | J12 | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert | 10 |
| 16 | F05 | Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt | 10 |
| 17 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 10 |
| 18 | E87 | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts | 9 |
| 19 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 9 |
| 20 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 8 |
| 21 | H81 | Störungen der Vestibularfunktion | 8 |
| 22 | G20 | Primäres Parkinson-Syndrom | 8 |
| 23 | R42 | Schwindel und Taumel | 7 |
| 24 | R29 | Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen | 6 |
| 25 | S42 | Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes | 6 |
| 26 | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 6 |
| 27 | G41 | Status epilepticus | 6 |
| 28 | J20 | Akute Bronchitis | 5 |
| 29 | F10 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 5 |
| 30 | R41 | Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen | 5 |

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

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|---|----------------------|---|--------|
| 1 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 302 |
| 2 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 276 |
| 3 | 8-550.1 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten | 252 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|--|--------|
| 4 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 130 |
| 5 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | 122 |
| 6 | 1-207.0 | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden) | 98 |
| 7 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 93 |
| 8 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 82 |
| 9 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 75 |
| 10 | 8-98b.30 | Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden | 72 |
| 11 | 8-390.x | Lagerungsbehandlung: Sonstige | 61 |
| 12 | 3-22x | Andere Computertomographie mit Kontrastmittel | 52 |
| 13 | 9-984.9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 | 49 |
| 14 | 3-220 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel | 41 |
| 15 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 33 |
| 16 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 33 |
| 17 | 8-98g.11 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage | 26 |
| 18 | 8-550.0 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten | 23 |
| 19 | 9-984.6 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 | 22 |
| 20 | 8-550.2 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten | 22 |
| 21 | 3-820 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel | 21 |
| 22 | 8-98g.12 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage | 21 |
| 23 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 21 |
| 24 | 8-191.x | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige | 19 |
| 25 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 18 |
| 26 | 8-98g.10 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage | 17 |
| 27 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage | 16 |
| 28 | 8-98g.13 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage | 15 |
| 29 | 1-204.2 | Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme | 14 |
| 30 | 3-802 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 13 |

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

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 333 |
| 2 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 302 |
| 3 | 8-550 | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung | 297 |
| 4 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 276 |
| 5 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 130 |
| 6 | 3-800 | Native Magnetresonanztomographie des Schädels | 122 |
| 7 | 1-207 | Elektroenzephalographie [EEG] | 98 |
| 8 | 8-98g | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern | 84 |
| 9 | 8-98b | Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls | 78 |
| 10 | 8-390 | Lagerungsbehandlung | 61 |
| 11 | 3-22x | Andere Computertomographie mit Kontrastmittel | 52 |
| 12 | 3-220 | Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel | 41 |
| 13 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 33 |
| 14 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 33 |
| 15 | 8-191 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen | 29 |
| 16 | 3-820 | Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel | 21 |
| 17 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 21 |
| 18 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 19 |
| 19 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 16 |
| 20 | 1-204 | Untersuchung des Liquorsystems | 14 |
| 21 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 13 |
| 22 | 3-84x | Andere Magnetresonanz-Spezialverfahren | 13 |
| 23 | 3-802 | Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 13 |
| 24 | 1-440 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas | 13 |
| 25 | 3-203 | Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark | 12 |
| 26 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 12 |
| 27 | 8-547 | Andere Immuntherapie | 12 |
| 28 | 8-980 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 10 |
| 29 | 3-205 | Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems | 9 |
| 30 | 3-202 | Native Computertomographie des Thorax | 8 |

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

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

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung**B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 4,53 | Fälle je VK/Person | 148,565109 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4,53 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 4,53 |
| – davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 3,53 | Fälle je VK/Person | 190,651566 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3,53 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 3,53 |

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

Facharztbezeichnungen
 1 AQ23 - Innere Medizin
 2 AQ42 - Neurologie

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Zusatz-Weiterbildung
 1 ZF09 - Geriatrie

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 11,58 | Fälle je VK/Person | 58,11744 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 11,58 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 11,58 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 3,33 | Fälle je VK/Person | 202,102112 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3,33 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 3,33 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 1,13 | Fälle je VK/Person | 595,5752 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 1,13 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 1,13 |

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

Zusatzqualifikation

- 1 ZP07 - Geriatrie
- 2 ZP03 - Diabetes
z. B. Diabetesberatung
- 3 ZP13 - Qualitätsmanagement

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

B-[0100-8Abte] Abteilung für Innere Medizin/Kardiologie

B-[0100-8Abte].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---|--|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Abteilung für Innere Medizin/Kardiologie |

B-[0100-8Abte].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | |
|---|-------------------------|
| # | Fachabteilungsschlüssel |
| 1 | 0100 - Innere Medizin |

B-[0100-8Abte].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Angiologie, ZB Internistische Intensivmedizin, Interventionelle Kardiologie, Spezielle Rhythmologie |
| Titel, Vorname, Name | CA Dr. med. Gunnar Merz |
| Telefon | 03371 699 206 |
| Fax | 03371 699 440 |
| E-Mail | G.Merz@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung/gen-zentren/kardiologie-und-angiologie |

B-[0100-8Abte].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-[0100-8Abte].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

| | |
|---|--|
| # | Medizinische Leistungsangebote |
| 1 | VI27 - Spezialsprechstunde <i>Herzschrittmacher- und Defibrillator-Sprechstunde, Privatsprechstunde</i> |
| 2 | VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten VI00 - („Sonstiges“): Herzkatheterlabor |
| 3 | <i>Links- und Rechtsherzkatheter, Myokardbiopsien, FFR, PTCA mit Stentimplantation, Thrombektomie, interventioneller PFO und ASD Verschluss, perkutane Mitralvalvulotomie, PTS mit Stentimplantation (A.carotis, A.renalis)- 24 h Bereitschaft</i> |
| 4 | VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren |
| 5 | VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) |
| 6 | VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen |

Medizinische Leistungsangebote

7 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

B-[0100-8Abte].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 1432

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[0100-8Abte].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|---|----------|
| 1 | I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | 141 |
| 2 | I50.01 | Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz | 95 |
| 3 | I20.8 | Sonstige Formen der Angina pectoris | 80 |
| 4 | I50.13 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung | 75 |
| 5 | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | 69 |
| 6 | I48.1 | Vorhofflimmern, persistierend | 64 |
| 7 | I20.0 | Instabile Angina pectoris | 56 |
| 8 | I95.1 | Orthostatische Hypotonie | 42 |
| 9 | I48.0 | Vorhofflimmern, paroxysmal | 37 |
| 10 | I10.91 | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | 36 |
| 11 | I11.91 | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | 30 |
| 12 | R55 | Synkope und Kollaps | 29 |
| 13 | J18.9 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet | 28 |
| 14 | I25.13 | Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung | 24 |
| 15 | Z45.00 | Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers | 23 |
| 16 | I47.1 | Supraventrikuläre Tachykardie | 22 |
| 17 | I44.2 | Atrioventrikulärer Block 3. Grades | 21 |
| 18 | I50.12 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung | 21 |
| 19 | R07.2 | Präkordiale Schmerzen | 20 |
| 20 | I48.2 | Vorhofflimmern, permanent | 19 |
| 21 | J44.19 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet | 16 |
| 22 | I48.4 | Vorhofflattern, atypisch | 15 |
| 23 | I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | 14 |
| 24 | J44.09 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet | 14 |
| 25 | I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand | 13 |
| 26 | Z45.01 | Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators | 13 |
| 27 | I47.2 | Ventrikuläre Tachykardie | 12 |
| 28 | N17.93 | Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3 | 12 |
| 29 | I35.2 | Aortenklappenstenose mit Insuffizienz | 11 |
| 30 | T82.1 | Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät | 10 |

B-[0100-8Abte].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | I50 | Herzinsuffizienz | 332 |
| 2 | I48 | Vorhofflimmern und Vorhofflattern | 146 |
| 3 | I20 | Angina pectoris | 137 |
| 4 | I21 | Akuter Myokardinfarkt | 96 |
| 5 | I95 | Hypotonie | 49 |
| 6 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 46 |
| 7 | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 43 |
| 8 | I25 | Chronische ischämische Herzkrankheit | 41 |
| 9 | Z45 | Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes | 36 |
| 10 | I11 | Hypertensive Herzkrankheit | 35 |
| 11 | I47 | Paroxysmale Tachykardie | 34 |
| 12 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 32 |
| 13 | R07 | Hals- und Brustschmerzen | 30 |
| 14 | R55 | Synkope und Kollaps | 29 |
| 15 | I44 | Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock | 23 |
| 16 | I49 | Sonstige kardiale Arrhythmien | 22 |
| 17 | I35 | Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten | 22 |
| 18 | N17 | Akutes Nierenversagen | 21 |
| 19 | T82 | Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen | 10 |
| 20 | I26 | Lungenembolie | 10 |
| 21 | A09 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs | 9 |
| 22 | E87 | Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts | 8 |
| 23 | A49 | Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation | 8 |
| 24 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 8 |
| 25 | E86 | Volumenmangel | 7 |
| 26 | J22 | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet | 6 |
| 27 | A41 | Sonstige Sepsis | 6 |
| 28 | R00 | Störungen des Herzschlages | 6 |
| 29 | E11 | Diabetes mellitus, Typ 2 | 5 |
| 30 | N30 | Zystitis | 5 |

B-[0100-8Abte].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100-8Abte].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|---|--------|
| 1 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 921 |
| 2 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 202 |
| 3 | 1-275.2 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel | 200 |
| 4 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 185 |
| 5 | 8-83b.c5 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker | 180 |
| 6 | 1-275.0 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen | 164 |
| 7 | 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | 144 |
| 8 | 8-83b.0c | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer | 144 |
| 9 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 132 |
| 10 | 8-640.0 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion) | 124 |
| 11 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 122 |
| 12 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 118 |
| 13 | 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | 77 |
| 14 | 5-934.0 | Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher | 76 |
| 15 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 73 |
| 16 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 68 |
| 17 | 1-710 | Ganzkörperplethysmographie | 64 |
| 18 | 9-984.6 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 | 63 |
| 19 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | 57 |
| 20 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 52 |
| 21 | 1-279.a | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung | 45 |
| 22 | 1-273.1 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie | 45 |
| 23 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 42 |
| 24 | 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | 40 |
| 25 | 8-854.2 | Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation | 38 |
| 26 | 9-984.9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 | 38 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|---|--------|
| 27 | 8-931.0 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung | 37 |
| 28 | 1-207.0 | Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden) | 36 |
| 29 | 5-377.31 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation | 30 |
| 30 | 1-275.3 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung | 28 |

B-[0100-8Abte].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 921 |
| 2 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 563 |
| 3 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | 413 |
| 4 | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien | 372 |
| 5 | 8-837 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen | 327 |
| 6 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 185 |
| 7 | 8-640 | Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus | 131 |
| 8 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 122 |
| 9 | 5-934 | Verwendung von MRT-fähigem Material | 95 |
| 10 | 3-052 | Transösophageale Echokardiographie [TEE] | 73 |
| 11 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 68 |
| 12 | 5-377 | Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders | 65 |
| 13 | 1-710 | Ganzkörperplethysmographie | 64 |
| 14 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 63 |
| 15 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 52 |
| 16 | 5-378 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators | 51 |
| 17 | 8-980 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 48 |
| 18 | 8-98g | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern | 47 |
| 19 | 1-273 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung | 46 |
| 20 | 1-279 | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen | 45 |
| 21 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 44 |
| 22 | 8-191 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen | 41 |
| 23 | 1-266 | Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt | 41 |
| 24 | 8-854 | Hämodialyse | 38 |
| 25 | 8-931 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes | 37 |
| 26 | 1-207 | Elektroenzephalographie [EEG] | 36 |
| 27 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 27 |
| 28 | 3-202 | Native Computertomographie des Thorax | 25 |

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 29 | 8-930 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes | 20 |
| 30 | 8-706 | Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung | 19 |

B-[0100-8Abte].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100-8Abte].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|---|---|
| 1 | AM07 - Privatambulanz | Privatsprechstunde <i>Dienstag ab 14:00 uhr</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) | Herzschrittmachersprechstunde u. Defibrillatorsprechstunde <i>Mittwoch, Donnerstag von 11.00 - 14:00 Uhr</i> |
| 3 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V | <i>Termine nach Vereinbarung</i> |

B-[0100-8Abte].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[0100-8Abte].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100-8Abte].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | 5-378.52 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem | < 4 |
| 2 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | < 4 |
| 3 | 5-934.0 | Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher | < 4 |
| 4 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | < 4 |
| 5 | 8-83b.c3 | Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Clipsystem | < 4 |
| 6 | 1-275.0 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen | < 4 |
| 7 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | < 4 |
| 8 | 1-275.2 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel | < 4 |
| 9 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | < 4 |
| 10 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | < 4 |

B-[0100-8Abte].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|---|------------|---|--------|
| 1 | 5-378 | Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators | < 4 |
| 2 | 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung | < 4 |
| 3 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | < 4 |
| 4 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | < 4 |
| 5 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | < 4 |
| 6 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | < 4 |
| 7 | 5-934 | Verwendung von MRT-fähigem Material | < 4 |
| 8 | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien | < 4 |
| 9 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | < 4 |

B-[0100-8Abte].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0100-8Abte].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-8Abte].11.1 Ärzte und Ärztinnen

| | | | |
|---|-----------------|------|-------------------------------|
| Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten | | | 40 |
| Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte | | | |
| Gesamt | | 7,94 | Fälle je VK/Person 180,352646 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 7,94 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär 7,94 |
| – davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | |
| Gesamt | | 4,32 | Fälle je VK/Person 331,481476 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 4,32 | Ohne 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär 4,32 |

B-[0100-8Abte].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

| # | Facharztbezeichnungen |
|---|---------------------------------------|
| 1 | AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie |
| 2 | AQ24 - Innere Medizin und Angiologie |
| 3 | AQ23 - Innere Medizin |

B-[0100-8Abte].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[0100-8Abte].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 11,05 | Fälle je VK/Person | 129,592758 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 11,05 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 11,05 |

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 0,51 | Fälle je VK/Person | 2807,84326 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 0,51 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 0,51 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 0,86 | Fälle je VK/Person | 1665,11621 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 0,86 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 0,86 |

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 0,86 | Fälle je VK/Person | 1665,11621 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 0,86 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 0,86 |

B-[0100-8Abte].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-[0100-8Abte].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

B-[0100-8Abte].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[0100-9Abte] Abteilung für Innere Medizin/Hämatologie, Onkologie, Gastroenterologie

B-[0100-9Abte].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|---|---|
| Abteilungsart | Hauptabteilung |
| Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | Abteilung für Innere Medizin/Hämatologie, Onkologie, Gastroenterologie |

B-[0100-9Abte].1.1 Fachabteilungsschlüssel

| | |
|---|-------------------------|
| # | Fachabteilungsschlüssel |
| 1 | 0100 - Innere Medizin |

B-[0100-9Abte].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

| | |
|-------------------------------|---|
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie |
| Titel, Vorname, Name | CA Dr. med. Frank Schüler |
| Telefon | 03371 699 200 |
| Fax | 03371 699 159 |
| E-Mail | Frank.Schueler@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/haematologie-onkologie-und-diabetologie |
| Funktion / Arbeitsschwerpunkt | Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie |
| Titel, Vorname, Name | CA Prof. Dr. med. Marcus Wiedmann |
| Telefon | 03371 699 200 |
| Fax | 03371 699 159 |
| E-Mail | m.wiedmann@kmg-kliniken.de |
| Strasse | Saarstraße |
| Hausnummer | 1 |
| PLZ | 14943 |
| Ort | Luckenwalde |
| URL | https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/haematologie-onkologie-und-diabetologie |

B-[0100-9Abte].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-[0100-9Abte].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
- 2 *Endoskopische Diagnostik und Interventionen des gesamten Magen-Darm-Traktes einschließlich der Gallenwege, Sonografische Untersuchungen aller Organe, Diagnostik bei funktionellen Beschwerden des Magen-Darm-Traktes*
VI00 - („Sonstiges“): Diabetologie
- 3 *Diabetologie: Blutzuckereinstellungen bei neu diagnostiziertem oder entgleistem Diabetes, Betreuung von Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes, Betreuung von Patienten mit Insulinpumpen, Schulung für Diabetiker, Diätberatung*
- 4 VI35 - Endoskopie
- 5 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 6 VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 7 *Blutarmut (Anämie), akute und chronische Leukämien, Knochenmarkerkrankungen (MDS, MPS), Lymphome, Plasmozytome, solide Tumore: Darm-, Lungen-, Leber-, Bauchspeicheldrüsenkrebs u.a., Sarkome (Tumore des Binde- und Stützgewebes), Hirntumore*

B-[0100-9Abte].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1857 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-[0100-9Abte].6 Hauptdiagnosen nach ICD

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|---|----------|
| 1 | C83.3 | Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom | 48 |
| 2 | C90.00 | Multipl. Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission | 48 |
| 3 | J12.8 | Pneumonie durch sonstige Viren | 47 |
| 4 | N39.0 | Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet | 40 |
| 5 | K29.1 | Sonstige akute Gastritis | 39 |
| 6 | J06.8 | Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege | 36 |
| 7 | C81.1 | Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom | 36 |
| 8 | D46.5 | Refraktäre Anämie mit Mehrlinien-Dysplasie | 35 |
| 9 | C82.1 | Follikuläres Lymphom Grad II | 33 |
| 10 | E86 | Volumenmangel | 32 |
| 11 | D50.8 | Sonstige Eisenmangelanämien | 32 |
| 12 | J18.9 | Pneumonie, nicht näher bezeichnet | 30 |
| 13 | A09.9 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs | 27 |
| 14 | J22 | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet | 26 |
| 15 | C34.8 | Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend | 26 |
| 16 | J44.09 | Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet | 25 |
| 17 | K92.1 | Meläna | 25 |
| 18 | E11.91 | Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | 20 |
| 19 | A49.9 | Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet | 20 |
| 20 | C43.9 | Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet | 20 |

| # | ICD-10-GM-Ziffer | ICD-Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------------|---|----------|
| 21 | C64 | Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken | 19 |
| 22 | C25.0 | Bösartige Neubildung: Pankreaskopf | 19 |
| 23 | K21.0 | Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis | 18 |
| 24 | A46 | Erysipel [Wundrose] | 18 |
| 25 | C34.1 | Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus) | 18 |
| 26 | D46.7 | Sonstige myelodysplastische Syndrome | 17 |
| 27 | E11.61 | Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet | 16 |
| 28 | C91.10 | Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission | 16 |
| 29 | K70.3 | Alkoholische Leberzirrhose | 16 |
| 30 | C92.00 | Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission | 15 |

B-[0100-9Abte].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | C34 | Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge | 67 |
| 2 | D46 | Myelodysplastische Syndrome | 67 |
| 3 | K29 | Gastritis und Duodenitis | 66 |
| 4 | C83 | Nicht follikuläres Lymphom | 62 |
| 5 | J44 | Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit | 58 |
| 6 | J12 | Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert | 49 |
| 7 | C90 | Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen | 48 |
| 8 | E11 | Diabetes mellitus, Typ 2 | 47 |
| 9 | J18 | Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet | 46 |
| 10 | C82 | Follikuläres Lymphom | 43 |
| 11 | C81 | Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose] | 42 |
| 12 | D50 | Eisenmangelanämie | 41 |
| 13 | N39 | Sonstige Krankheiten des Harnsystems | 40 |
| 14 | J06 | Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege | 38 |
| 15 | K92 | Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems | 38 |
| 16 | C25 | Bösartige Neubildung des Pankreas | 35 |
| 17 | A09 | Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs | 34 |
| 18 | E86 | Volumenmangel | 32 |
| 19 | K85 | Akute Pankreatitis | 30 |
| 20 | C43 | Bösartiges Melanom der Haut | 27 |
| 21 | J22 | Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet | 26 |
| 22 | C18 | Bösartige Neubildung des Kolons | 26 |
| 23 | K25 | Ulcus ventriculi | 26 |
| 24 | A49 | Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation | 25 |
| 25 | J20 | Akute Bronchitis | 22 |
| 26 | K70 | Alkoholische Leberkrankheit | 21 |
| 27 | C16 | Bösartige Neubildung des Magens | 21 |

| # | ICD-3-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|-----------------------------------|----------|
| 28 | K21 | Gastroösophageale Refluxkrankheit | 20 |
| 29 | N17 | Akutes Nierenversagen | 20 |
| 30 | R10 | Bauch- und Beckenschmerzen | 20 |

B-[0100-9Abte].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100-9Abte].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|---|--------|
| 1 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 781 |
| 2 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 487 |
| 3 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 452 |
| 4 | 9-984.b | Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad | 347 |
| 5 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 312 |
| 6 | 9-984.7 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2 | 289 |
| 7 | 9-984.8 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3 | 283 |
| 8 | 8-800.c0 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE | 255 |
| 9 | 8-547.0 | Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern | 246 |
| 10 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 216 |
| 11 | 3-202 | Native Computertomographie des Thorax | 176 |
| 12 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 156 |
| 13 | 8-547.30 | Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös | 134 |
| 14 | 1-650.1 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum | 133 |
| 15 | 8-390.x | Lagerungsbehandlung: Sonstige | 128 |
| 16 | 1-650.2 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie | 119 |
| 17 | 8-831.0 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen | 111 |
| 18 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 109 |
| 19 | 9-984.9 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4 | 96 |
| 20 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 88 |
| 21 | 8-98g.11 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage | 84 |
| 22 | 9-984.6 | Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1 | 81 |
| 23 | 1-444.7 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien | 58 |
| 24 | 8-98g.12 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage | 58 |
| 25 | 1-642 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege | 56 |
| 26 | 8-98g.10 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage | 54 |

| # | OPS Code (N-stellig) | OPS-Bezeichnung | Anzahl |
|----|----------------------|--|--------|
| 27 | 8-931.0 | Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung | 52 |
| 28 | 1-650.0 | Diagnostische Koloskopie: Partiell | 49 |
| 29 | 1-424 | Biopsie ohne Inzision am Knochenmark | 48 |
| 30 | 6-007.j0 | Applikation von Medikamenten, Liste 7: Obinutuzumab, parenteral: 1.000 mg bis unter 2.000 mg | 47 |

B-[0100-9Abte].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|---|--------|
| 1 | 9-984 | Pflegebedürftigkeit | 1133 |
| 2 | 3-990 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | 781 |
| 3 | 3-225 | Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel | 487 |
| 4 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 475 |
| 5 | 8-547 | Andere Immuntherapie | 380 |
| 6 | 8-800 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat | 332 |
| 7 | 3-222 | Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel | 312 |
| 8 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 301 |
| 9 | 8-98g | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern | 254 |
| 10 | 1-440 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas | 229 |
| 11 | 3-202 | Native Computertomographie des Thorax | 176 |
| 12 | 8-543 | Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie | 166 |
| 13 | 3-200 | Native Computertomographie des Schädels | 156 |
| 14 | 8-390 | Lagerungsbehandlung | 129 |
| 15 | 8-831 | Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße | 116 |
| 16 | 3-207 | Native Computertomographie des Abdomens | 109 |
| 17 | 3-034 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking] | 88 |
| 18 | 6-002 | Applikation von Medikamenten, Liste 2 | 88 |
| 19 | 1-444 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt | 84 |
| 20 | 8-542 | Nicht komplexe Chemotherapie | 82 |
| 21 | 6-008 | Applikation von Medikamenten, Liste 8 | 82 |
| 22 | 5-513 | Endoskopische Operationen an den Gallengängen | 79 |
| 23 | 5-469 | Andere Operationen am Darm | 73 |
| 24 | 5-452 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes | 66 |
| 25 | 8-980 | Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) | 64 |
| 26 | 6-007 | Applikation von Medikamenten, Liste 7 | 63 |
| 27 | 8-810 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen | 59 |
| 28 | 1-642 | Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege | 56 |
| 29 | 8-191 | Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen | 56 |
| 30 | 6-001 | Applikation von Medikamenten, Liste 1 | 55 |

B-[0100-9Abte].7.2 Kompetenzprozeduren**B-[0100-9Abte].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

| # | Art der Ambulanz | Bezeichnung der Ambulanz |
|---|--|--|
| 1 | AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB | ambulante Sprechstunde: |
| 2 | V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Chemotherapeutische Behandlung von bösartigen Tumoren des Magen-Darm-Traktes |

B-[0100-9Abte].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**B-[0100-9Abte].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[0100-9Abte].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|---|----------|
| 1 | 1-650.2 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie | 579 |
| 2 | 1-650.1 | Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum | 374 |
| 3 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 205 |
| 4 | 5-452.61 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge | 68 |
| 5 | 1-650.0 | Diagnostische Koloskopie: Partiiell | 60 |
| 6 | 1-440.a | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt | 29 |
| 7 | 5-452.62 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge | 24 |
| 8 | 1-444.7 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien | 12 |
| 9 | 1-650.2 | Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie | 11 |
| 10 | 5-452.73 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Endoskopische Mukosaresektion | 10 |
| 11 | 5-452.63 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion | 10 |
| 12 | 5-010 | Schädeleröffnung über die Kalotte | 9 |
| 13 | 1-651 | Diagnostische Sigmoidoskopie | 9 |
| 14 | 1-632.0 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs | 4 |
| 15 | 1-654.0 | Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument | 4 |
| 16 | 1-632.1 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum | 4 |
| 17 | 5-452.71 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge | < 4 |
| 18 | 5-489.b | Andere Operation am Rektum: Endoskopische Bougierung | < 4 |

| # | OPS-Ziffer | Bezeichnung | Fallzahl |
|----|------------|--|----------|
| 19 | 5-469.d3 | Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch | < 4 |
| 20 | 1-652.1 | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Koloskopie | < 4 |
| 21 | 1-652.2 | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Sigmoidoskopie | < 4 |
| 22 | 5-433.21 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge | < 4 |
| 23 | 5-452.61 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge | < 4 |
| 24 | 1-652.0 | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Ileoskopie | < 4 |
| 25 | 1-316.10 | pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Ohne Langzeit-Impedanzmessung | < 4 |
| 26 | 1-630.0 | Diagnostische Ösophagoskopie: Mit flexiblem Instrument | < 4 |
| 27 | 1-650.0 | Diagnostische Koloskopie: Partiiell | < 4 |

B-[0100-9Abte].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

| # | OPS-4-Code | Umgangsspr. Bezeichnung | Anzahl |
|----|------------|--|--------|
| 1 | 1-650 | Diagnostische Koloskopie | 1025 |
| 2 | 1-632 | Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie | 213 |
| 3 | 5-452 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes | 116 |
| 4 | 1-440 | Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas | 29 |
| 5 | 1-444 | Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt | 12 |
| 6 | 1-651 | Diagnostische Sigmoidoskopie | 9 |
| 7 | 5-010 | Schädeleröffnung über die Kalotte | 9 |
| 8 | 1-654 | Diagnostische Rektoskopie | 4 |
| 9 | 1-652 | Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma | 4 |
| 10 | 5-469 | Andere Operationen am Darm | < 4 |
| 11 | 5-489 | Andere Operation am Rektum | < 4 |
| 12 | 1-316 | pH-Metrie des Ösophagus | < 4 |
| 13 | 1-630 | Diagnostische Ösophagoskopie | < 4 |
| 14 | 5-433 | Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens | < 4 |

B-[0100-9Abte].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0100-9Abte].11 Personelle Ausstattung

B-[0100-9Abte].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

| | | | | |
|--|-----------------|------|--------------------|------------|
| Gesamt | | 6,05 | Fälle je VK/Person | 306,942139 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 6,05 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 6,05 |
| – davon Fachärztinnen und Fachärzte | | | | |
| Gesamt | | 3,7 | Fälle je VK/Person | 501,891876 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 3,7 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 3,7 |

B-[0100-9Abte].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ27 - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - 2 AQ23 - Innere Medizin

B-[0100-9Abte].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie
 - 2 ZF07 - Diabetologie

B-[0100-9Abte].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|-------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 12,13 | Fälle je VK/Person | 153,0915 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 12,13 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 12,13 |

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|----------|
| Gesamt | | 2,63 | Fälle je VK/Person | 706,0836 |
| Beschäftigungsverhältnis | Mit | 2,63 | Ohne | 0 |
| Versorgungsform | Ambulant | 0 | Stationär | 2,63 |

B-[0100-9Abte].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ20 - Praxisanleitung

B-[0100-9Abte].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

Zusatzqualifikation

- 1 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 2 ZP03 - Diabetes
z. B. Diabetesberatung

B-[0100-9Abte].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 - Herzschrittmacher-Implantation

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 51 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 51 |

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 25 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 25 |

09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 8 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 8 |

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 14 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 14 |

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 11 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 11 |

09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 5 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 5 |

15/1 - Gynäkologische Operationen

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 60 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 60 |

16/1 - Geburtshilfe

| | |
|----------------------------|-------|
| Fallzahl | 244 |
| Dokumentationsrate | 99,18 |
| Anzahl Datensätze Standort | 242 |

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 61 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 61 |

18/1 - Mammachirurgie

| | |
|----------|-----|
| Fallzahl | 116 |
|----------|-----|

| | |
|----------------------------|-----|
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 116 |

DEK - Dekubitusprophylaxe

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 109 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 109 |

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 51 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 51 |

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 47 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 47 |

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 4 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 4 |

KEP - Knieendoprothesenversorgung

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 20 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 20 |

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 18 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 18 |

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

| | |
|----------------------------|-------------|
| Fallzahl | Datenschutz |
| Dokumentationsrate | Datenschutz |
| Anzahl Datensätze Standort | Datenschutz |

NEO - Neonatologie

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 10 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 10 |

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 373 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 373 |

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

| | |
|----------------------------|-----|
| Fallzahl | 149 |
| Dokumentationsrate | 100 |
| Anzahl Datensätze Standort | 149 |

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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,98 - 99,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 99,33 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 96,30 - 99,88 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 149 |
| Beobachtete Ereignisse | 148 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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 |
| | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,02 - 99,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 99,31 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 96,20 - 99,88 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 145 |
| Beobachtete Ereignisse | 144 |

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 2007 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| 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 können unter folgendem Link entnommen werden:

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

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,91 - 98,41 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 51,01 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------------------|--|
| 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 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

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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,89 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,84 - 98,94 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,97 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 94,39 - 99,82 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 97 |
| Beobachtete Ereignisse | 96 |

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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung 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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,93 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,88 - 98,98 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,96 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 94,33 - 99,82 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 96 |
| Beobachtete Ereignisse | 95 |

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

| | |
|---------------------------------|--|
| 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 können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,92 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,54 - 98,24 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

7. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 2009 |
| 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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,08 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,95 - 93,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,25 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 87,24 - 97,52 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 87 |
| Beobachtete Ereignisse | 82 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|---------------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 232003_2009 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 2009 |
| | 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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,65 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,52 - 92,78 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94,32 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 87,38 - 97,55 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 88 |
| Beobachtete Ereignisse | 83 |

9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 2013 |
| 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 guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-

Fachlicher Hinweis IQTIG

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/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,79 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,65 - 92,93 |
| Rechnerisches Ergebnis | 95,18 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 88,25 - 98,11 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 83 |
| Beobachtete Ereignisse | 79 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 232004_2013 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 2013 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,14 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,97 - 93,31 |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Rechnerisches Ergebnis | 96,43 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 87,88 - 99,02 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 56 |
| Beobachtete Ereignisse | 54 |

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

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 2028 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,93 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 95,84 - 96,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 96,77 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 115 |
| Beobachtete Ereignisse | 115 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |

| | |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|---------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 232005_2028 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 2028 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,40 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 95,28 - 95,51 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 95,52 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 82 |
| Beobachtete Ereignisse | 82 |

13. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 2036 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| 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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,69 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,64 - 98,75 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 96,77 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 115 |
| Beobachtete Ereignisse | 115 |

14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 232006_2036 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 2036 |

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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,59 - 98,72 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 95,52 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 82 |
| Beobachtete Ereignisse | 82 |

15. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 50778 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,96 - 0,99 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,39 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,71 - 2,59 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 94 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | 5,78 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 1,91 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|---------------------------------|--|
| 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

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

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,82 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,81 - 0,83 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,19 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,77 - 1,80 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 144 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Erwartete Ereignisse | 15,09 |

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

| | |
|---------------------------------|--|
| 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,65 - 0,67 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,07 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,60 - 1,77 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 50 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Erwartete Ereignisse | 9,31 |

18. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 231900 |
| Leistungsbereich | CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde |
| 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 16,84 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 16,67 - 17,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 10,31 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 5,70 - 17,95 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 97 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |

19. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten 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 können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 18,28 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 18,14 - 18,43 |
| Rechnerisches Ergebnis | 14,77 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 9,96 - 21,34 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-----|
| Grundgesamtheit | 149 |
| Beobachtete Ereignisse | 22 |

20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / 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 guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,71 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,64 - 96,77 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 97,45 - 100,00 |

Fallzahl

| | |
|---|----------------------------------|
| Grundgesamtheit | 147 |
| Beobachtete Ereignisse | 147 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------------------|--|
| 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,57 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,49 - 96,66 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 96,15 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 96 |
| Beobachtete Ereignisse | 96 |

22. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Bundesergebnis | 1,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,17 - 1,19 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,05 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,78 - 1,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 8351 |
| Beobachtete Ereignisse | 41 |
| Erwartete Ereignisse | 38,92 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,68 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

23. 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 | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,36 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,36 - 0,37 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,46 |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,33 - 0,62 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 8351 |
| Beobachtete Ereignisse | 38 |

24. 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 |

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

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,07 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,06 - 0,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 0,05 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 8351 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

25. 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 können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,01 - 0,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 0,05 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 8351 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

26. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 52010 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,01 - 0,01 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| 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 | U62 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

27. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 51906 |
| Leistungsbereich | GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter) |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen

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

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,99 - 1,11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 11,02 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 44 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,32 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 4,18 |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

28. 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,95 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,85 - 1,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 20,39 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 15 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

29. 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 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a 236="" 71="" 962="" 978"="" data-label="Page-Footer" href="https://www.g-</p> </td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="> <p>Qualitätsbericht 2022</p> </p> |

| | |
|--|--|
| | ba.de/richtlinien/91/. |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 7,61 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 7,20 - 8,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 32,44 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 20,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 30. 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 Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 11,16 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,90 - 12,55 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

31. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 13,49 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 12,39 - 14,67 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

32. 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,74 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,66 - 0,83 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 19,36 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

33. 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 19,31 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 18,56 - 20,07 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 42,35 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

34. 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 88,74 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 88,41 - 89,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 86,67 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 62,12 - 96,26 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 15 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 74,46 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

35. 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht |

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,15 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,05 - 3,27 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 6,59 % (90. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

36. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 54001 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,67 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,60 - 97,74 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 64,57 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

37. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 54002 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 91,85 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,46 - 92,23 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 86,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U63 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

38. 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 9,27 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,06 - 9,49 |
| Rechnerisches Ergebnis | 42,50 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 28,51 - 57,80 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 40 |
| Beobachtete Ereignisse | 17 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 15,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | A71 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 54004 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,89 - 97,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,83 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 88,66 - 99,62 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 46 |
| Beobachtete Ereignisse | 45 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,99 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,77 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,34 - 1,62 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 40 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 6,46 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,25 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

41. 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)

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 54016 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,36 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,31 - 1,41 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 35,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,77 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

42. 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)

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 54017 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 7,84 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 7,44 - 8,26 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 48,99 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 20,00 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

43. 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)

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 54018 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,53 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 4,37 - 4,69 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 11,63 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

44. 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)

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 54019 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,27 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,21 - 2,34 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 35,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 8,01 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

45. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

| | |
|------------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54120 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,98 - 1,06 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Rechnerisches Ergebnis | 1,99 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,36 - 5,55 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,02 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

46. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,99 - 1,11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 6,80 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,29 |

47. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---------------------------------|--|
| 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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,95 - 1,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 4,31 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,79 - 12,06 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

48. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54012 |
| 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 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 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,00 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,43 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,15 - 1,16 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,42 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

49. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54013 |
| Leistungsbereich | HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,04 - 0,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 39,03 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

50. 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 |
| | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen |

(mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,07 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,04 - 1,10 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,69 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,24 - 1,82 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

51. 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> |
| Bundesergebnis | 0,83 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,80 - 0,86 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 2,53 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 56 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,46 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,27 (95. Perzentil) |

| | |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

52. 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 9,83 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,60 - 10,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 16,39 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 9,16 - 27,61 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 61 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 15,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|----------------------------------|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U62 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 54050 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,35 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,22 - 97,48 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,04 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 89,70 - 99,65 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 50 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
 Qualitätsbericht

R10
 eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,00 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,48 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,21 - 1,03 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 47 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 10,32 |
| 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 | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

55. 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)

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,89 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,79 - 2,00 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 5,92 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 61 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 6,35 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

56. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---------------------|---|
| 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 Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,99 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,49 - 1,89 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 61 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | 7,05 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,42 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

57. 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 |

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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,07 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,03 - 1,10 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,79 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,31 - 1,89 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 61 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 5,07 |

58. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID

52321

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische 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,

Fachlicher Hinweis IQTIG

239-254. ISBN: 978-3794527267.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,81 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,72 - 98,90 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 89,85 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 34 |
| Beobachtete Ereignisse | 34 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

59. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

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

Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,19 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,12 - 0,30 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 25,88 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,80 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 50005 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Zeppenfeld et al. 2022). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368. Zeppenfeld, K; Tfelt-Hansen, J; de Riva, M; Winkel, BG; Behr ER; Blom, NA; et al. (2022): 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. European Heart Journal 43(40): 3997-4126. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac262.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,72 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,50 - 97,92 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 78,47 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 14 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

61. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

| | |
|--------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 52131 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 91,85 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,53 - 92,16 |
| Rechnerisches Ergebnis | 64 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 44,52 - 79,75 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 25 |
| Beobachtete Ereignisse | 16 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 60,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

62. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des</p> |

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,72 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,69 - 0,76 |
| Rechnerisches Ergebnis | 3,59 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,64 - 6,15 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 1,39 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,35 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U62 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

63. 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Gera-edts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,17 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,02 - 96,31 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,97 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 44 |
| Beobachtete Ereignisse | 44 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

64. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).

Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID **131802**
HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich | 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,87 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,75 - 1,01 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,50 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U62 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 65. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) | |
| Ergebnis-ID | 52325 |
| | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,89 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,76 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 21,53 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 66. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben | |
| Ergebnis-ID | 131803 |
| | HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines |

| | |
|-------------------------------|--|
| Leistungsbereich | Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen |
| 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 können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 50,74 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 50,03 - 51,46 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 78,47 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 14 |

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,17 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,99 - 1,38 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 66,33 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,05 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 6,48 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|----------------------------------|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

68. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------------|--|
| 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem</p> |

Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,92 - 1,08 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 10,02 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|------|
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,37 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | <= 2,65 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

69. Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,82 - 1,20 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 40,81 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,09 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,03 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

70. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).

Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------|---|
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht |

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,33 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,08 - 1,62 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 43,45 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,90 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

71. 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht |

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,54 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,38 - 0,79 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

72. 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 |

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,05 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,90 - 1,23 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 25,36 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,09 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,13 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

73. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID**52307**

Leistungsbereich

HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers
(ohne Eingriff an den Sonden)

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,43 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,34 - 98,53 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 96,53 - 100,00 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-----|
| Grundgesamtheit | 107 |
| Beobachtete Ereignisse | 107 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

74. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID

111801

Leistungsbereich

HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|---|
| | entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,12 - 0,26 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 13,32 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 25 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,30 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|--------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 101803 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Die |

Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,25 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,11 - 96,39 |
| Rechnerisches Ergebnis | 94 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 83,78 - 97,94 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 50 |
| Beobachtete Ereignisse | 47 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

76. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54140 |
| 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 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150. Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,61 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,56 - 99,65 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,62 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 42 |
| Beobachtete Ereignisse | 42 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
 Qualitätsbericht

R10
 eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)

Ergebnis-ID

52139

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010):

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 88,55 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 88,34 - 88,76 |
| Rechnerisches Ergebnis | 81,58 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 71,42 - 88,70 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 76 |
| Beobachtete Ereignisse | 62 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 60,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

78. 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 |
| 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines |

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,87 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,84 - 0,90 |
| Rechnerisches Ergebnis | 2,28 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,19 - 4,07 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | 3,51 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,11 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

79. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

| | |
|---------------------|---|
| Ergebnis-ID | 52305 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht |

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,12 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 95,03 - 95,20 |
| Rechnerisches Ergebnis | 97,89 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 94,71 - 99,18 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 190 |
| Beobachtete Ereignisse | 186 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

80. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der

erstmalig ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 101801 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,91 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,84 - 0,98 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,60 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

81. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 52311 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,28 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,20 - 1,37 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U62 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

| | |
|-------------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 101802 |
| Leistungsbereich | HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers |
| 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 können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 50,73 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 50,37 - 51,10 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 93,00 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 51 |

83. 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 |
| | Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen |

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,96 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,90 - 1,01 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,96 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,17 - 5,05 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 4,38 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|----------------------------------|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

84. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

| | |
|--------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 2194 |
| 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem</p> |

Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,96 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0,44 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,02 - 1,92 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,69 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

85. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|---|---|
| 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 | Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,87 - 1,12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 17,52 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 53 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,21 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 6,34 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

86. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).

Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

| | |
|---------------------|---|
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht |

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,87 - 1,29 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 32,44 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,10 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

87. 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 |
| | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,78 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,59 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 35,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

88. 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 |
| | 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,20 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,05 - 1,38 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 77,11 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,03 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 7,25 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

89. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID **54020**

| | |
|--|---|
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,12 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,05 - 98,18 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 82,41 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 18 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 90. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht | |
| Ergebnis-ID | 54021 |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 97,42 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 97,22 - 97,61 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 91. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht | |
| Ergebnis-ID | 54022 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 92,44 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 91,95 - 92,89 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 86,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

92. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54123 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,98 - 1,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 17,59 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 4,26 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

93. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 50481 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,33 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,02 - 3,66 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 11,32 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

94. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54124 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,88 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,84 - 0,93 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,71 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U62 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

95. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 54125 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,84 - 4,55 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 14,11 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | U63 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

96. 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 | 54028 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|-------------------------|
| Bundesergebnis | 1,13 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,06 - 1,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 28,14 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,11 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,19 (95. Perzentil) |

| | |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

97. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 54127 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,03 - 0,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 21,53 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

| | |
|---|----------------------------------|
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

98. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig

| | |
|---|---|
| Ergebnis-ID | 54128 |
| Leistungsbereich | KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,80 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,78 - 99,82 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 84,67 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 21 |
| Beobachtete Ereignisse | 21 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 98,81 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

99. 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 | <p>DeQS</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,21 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,11 - 98,30 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,48 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,90 - 99,73 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 66 |
| Beobachtete Ereignisse | 65 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 100. 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. Mikrokalz) | |
| 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 |

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 94,52 - 95,52 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 51,01 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 80,95 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

101. 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 |
| | 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 85,86 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 85,40 - 86,30 |
| Rechnerisches Ergebnis | 71,43 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 45,35 - 88,28 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 14 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 54,43 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

102. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

| | |
|---------------------|--|
| 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 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,39 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,26 - 99,50 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 93,47 - 100,00 |
| Fallzahl | |

| | |
|---|----------------------------------|
| Grundgesamtheit | 55 |
| Beobachtete Ereignisse | 55 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

103. Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)

| | |
|--------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 52279 |
| Leistungsbereich | MC - Operation an der Brust |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass</p> |

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/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,86 - 99,09 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 51,01 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

104. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal 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 |

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

| | |
|--|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,01 - 0,13 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 48,99 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 105. 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,35 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,90 - 3,87 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 48,99 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 4 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 5,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 106. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an) | |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,79 - 97,18 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 89,57 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 33 |
| Beobachtete Ereignisse | 33 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

107. 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 |

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,92 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,80 - 2,04 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 7,69 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

108. Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Ergebnis-ID | 60659 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 10,66 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 10,41 - 10,91 |
| Rechnerisches Ergebnis | 13,79 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 7,16 - 24,93 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 58 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 20,77 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

109. 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 |

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,48 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,42 - 99,54 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 93,00 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 51 |
| Beobachtete Ereignisse | 51 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 97,82 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

110. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 56000 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 64,25 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 64,05 - 64,45 |
| Rechnerisches Ergebnis | 60,22 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 50,08 - 69,73 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 93 |
| Beobachtete Ereignisse | 56 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 40,97 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | verschlechtert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

111. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

| | |
|---------------------|--|
| Ergebnis-ID | 56001 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 27,91 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 27,71 - 28,11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 27,40 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 18,19 - 38,36 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 73 |
| Beobachtete Ereignisse | 20 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 41,48 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

112. 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 |

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|----------------|-------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 76,37 |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 75,91 - 76,83 |
| Rechnerisches Ergebnis | 72,22 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 49,40 - 88,52 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 67,57 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

113. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,71 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,54 - 2,88 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 12,86 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|-----------------|---------------------------|
| Referenzbereich | <= 5,98 % (95. Perzentil) |
|-----------------|---------------------------|

| | |
|---|----------------------------------|
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

114. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 56005 |
| 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> |
| Bundesergebnis | 0,89 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,88 - 0,90 |
| Rechnerisches Ergebnis | 2,14 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,64 - 2,75 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 227 |
| Beobachtete Ereignisse | 57 |
| Erwartete Ereignisse | 26,62 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,65 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

115. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 56006 |
| 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte</p> |

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,94 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,92 - 0,97 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 4,38 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,14 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

116. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

| | |
|--------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 56007 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| 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 unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit |

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,90 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,89 - 0,91 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,84 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,36 - 2,43 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 147 |
| Beobachtete Ereignisse | 45 |
| Erwartete Ereignisse | 24,51 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,50 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

117. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

| | |
|--------------------------|--|
| Ergebnis-ID | 56008 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des |

Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,21 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,20 - 0,22 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 0,66 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 377 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 0,15 % (90. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

118. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

| | |
|------------------------------|---|
| Ergebnis-ID | 56009 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,41 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 4,35 - 4,47 |

Rechnerisches Ergebnis 9,69
 Vertrauensbereich Krankenhaus 6,35 - 14,05

Fallzahl

Grundgesamtheit 227

Beobachtete Ereignisse 22

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 6,86 % (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

119. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Ergebnis-ID 56010

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit %

Bundesergebnis 17,16

Vertrauensbereich bundesweit 16,68 - 17,65

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz

Beobachtete Ereignisse Datenschutz

Erwartete Ereignisse Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich <= 21,93 % (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

120. Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde

| | |
|--|---|
| Ergebnis-ID | 56011 |
| 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 9,88 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,77 - 10,00 |
| Rechnerisches Ergebnis | 20,41 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 14,51 - 27,46 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 147 |
| Beobachtete Ereignisse | 30 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 16,84 % (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

121. 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 |

| | |
|---|--|
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 94,29 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 94,05 - 94,52 |
| Rechnerisches Ergebnis | 95,83 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 82,13 - 99,55 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 24 |
| Beobachtete Ereignisse | 23 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 93,65 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| 122. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen | |
| Ergebnis-ID | 56016 |
| Leistungsbereich | PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht</p> |

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 95,31 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 95,23 - 95,39 |
| Rechnerisches Ergebnis | 96,03 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 91,52 - 98,47 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 126 |
| Beobachtete Ereignisse | 121 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 93,95 % (5. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | unverändert |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

123. 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 | 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir- |

Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,80 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,35 - 97,21 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

124. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 99,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,97 - 99,05 |
| Rechnerisches Ergebnis | 98,81 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 93,56 - 99,79 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 84 |
| Beobachtete Ereignisse | 83 |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

125. 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 |
| | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-</p> |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | |

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/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,03 - 1,04 |
| Rechnerisches Ergebnis | 1,24 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,03 - 1,46 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 241 |
| Beobachtete Ereignisse | 84 |
| Erwartete Ereignisse | 67,95 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,26 (90. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

126. 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 Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 18,94 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 18,76 - 19,12 |
| Rechnerisches Ergebnis | 31,25 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 19,95 - 45,33 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 48 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |

127. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID 182001_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 können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 45,90 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 45,59 - 46,21 |
| Rechnerisches Ergebnis | 52 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 33,50 - 69,97 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 25 |
| Beobachtete Ereignisse | 13 |

128. 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 | 3 |
| 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

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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,88 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,79 - 3,97 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

129. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182003_52249 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | EKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| Sortierung | 4 |
| 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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|----------------|-------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 21,45 |

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Vertrauensbereich bundesweit | 21,13 - 21,78 |
| Rechnerisches Ergebnis | 42,11 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 23,14 - 63,72 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 19 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |

130. 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 | 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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 71,72 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 71,44 - 71,99 |
| Rechnerisches Ergebnis | 84,62 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 70,27 - 92,75 |

Fallzahl

| | |
|------------------------|----|
| Grundgesamtheit | 39 |
| Beobachtete Ereignisse | 33 |

131. 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 | 6 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 52249 |

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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 93,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 92,64 - 93,36 |
| Rechnerisches Ergebnis | 83,33 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 43,65 - 96,99 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 6 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|---------|---|
| Einheit | % |
|---------|---|

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Bundesergebnis | 86,60 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 85,95 - 87,21 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

133. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Ergebnis-ID | 182007_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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 75,59 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 75,06 - 76,11 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

Fallzahl

| | |
|------------------------|-------------|
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

134. 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 | 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

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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 100,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 99,86 - 100,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

135. 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 | 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 geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 44,42 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 43,91 - 44,93 |

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

136. 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 | 0,21 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,13 - 0,32 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| 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 | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

137. 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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur

Fachlicher Hinweis IQTIG

eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,23 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,22 - 0,24 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 1,65 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 229 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |

138. 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 von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,97 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,92 - 1,02 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 6,17 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 229 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,61 |

139. 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 Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität |

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,95 - 1,18 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 27,74 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,09 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 4,40 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

140. Eine Kinderärztin / 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 |
| | 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 96,85 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 96,61 - 97,07 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | Datenschutz |
| Beobachtete Ereignisse | Datenschutz |
| Erwartete Ereignisse | Datenschutz |

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

| | |
|---|----------------------------------|
| Referenzbereich | >= 90,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

141. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.</p> |

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,98 - 1,03 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 2,20 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 233 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,72 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,32 |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

142. 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 | 51808_51803 |
| Leistungsbereich | PM-GEBH - Geburtshilfe |
| Art des Wertes | KKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS, QS-Planung |
| Sortierung | 1 |
| Bezug zu anderen QS-Ergebnissen | 51803 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere

Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Bundesergebnis | 1,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,03 - 1,36 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 96,35 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 233 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,04 |

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,96 - 1,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 7,49 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 233 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,50 |

144. 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

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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis
Vertrauensbereich bundesweit
Rechnerisches Ergebnis

0,94
0,89 - 0,98
0

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 6,02 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 231 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,63 |

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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 | 1,06 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,11 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 6,90 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 231 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,55 |

146. 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 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 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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,89 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,82 - 0,97 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 22,64 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 157 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,17 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 3,20 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

147. 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 |
| | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von |

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

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Bundesergebnis | 0,85 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,77 - 0,95 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 34,69 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 147 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,11 |

148. 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 |

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

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

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Bundesergebnis | 0,95 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,83 - 1,08 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 48,08 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,06 |

149. 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 | TKez |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,19 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,17 - 0,23 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

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

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 2,95 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 2,83 - 3,06 |
| Rechnerisches Ergebnis | 3,72 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 1,97 - 6,92 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 242 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |

151. 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 | 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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 9,20 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,08 - 9,32 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

152. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/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/ . |

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,21 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,18 - 0,25 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 27,75 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 10 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | Sentinel Event |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

153. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p> |
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 3,67 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 3,30 - 4,08 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

154. 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 |
|--------------------|--------------|

| | |
|--|---|
| <p>Leistungsbereich Art des Wertes Bezug zum Verfahren</p> | <p>PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen TKez 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 können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p> |
| <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> | <p>0,93 0,83 - 1,03</p> |
| <p>Bundesergebnis Vertrauensbereich bundesweit</p> | |

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

155. 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 können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Einheit

%

Bundesergebnis

2,97

Vertrauensbereich bundesweit

2,64 - 3,35

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

156. 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

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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,95 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,84 - 1,07 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

157. 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 |
| | Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,08 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,90 - 1,31 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

158. 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 Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,77 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,53 - 2,05 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

159. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link

entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,86 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,75 - 1,00 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

160. Schwerwiegende Schädigungen des Darms die eine Operation oder Therapie erfordert

| | |
|---------------------|--|
| 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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,08 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,89 - 1,30 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

161. 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 |

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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 6,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 6,39 - 7,64 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

162. 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 können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,11 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,21 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

163. 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 4,57 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 4,00 - 5,21 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,08 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,94 - 1,23 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

165. 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 | 51901 |
| Leistungsbereich | PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen |
| Art des Wertes | QI |
| Bezug zum Verfahren | DeQS |
| | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht</p> |

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,00 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,94 - 1,05 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 1,79 (95. Perzentil) |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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; 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

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

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 0,93 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,83 - 1,03 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

167. 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

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 können unter folgendem Link entnommen werden:

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

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,01 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,88 - 1,17 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

168. 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 können unter folgendem Link entnommen werden:

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis 0,88
 Vertrauensbereich bundesweit 0,74 - 1,05
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

169. 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 können unter folgendem Link entnommen werden:

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Bundesergebnis | 1,12 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,01 - 1,23 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

170. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (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 können unter folgendem Link entnommen werden:

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 unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis 0,96
 Vertrauensbereich bundesweit 0,80 - 1,17
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,04 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,97 - 1,10 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 96,78 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,03 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,92 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

172. 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 Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei |

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,02 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,96 - 1,09 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,68 (95. Perzentil) |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

173. 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 |

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 können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,99 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,89 - 1,11 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

174. 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 |

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 0,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,14 - 0,23 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

175. 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 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 1,45 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 1,33 - 1,59 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |

176. Wachstum des Kopfes

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. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

Fachlicher Hinweis IQTIG

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 9,79 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 9,28 - 10,32 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 19,49 % (95. Perzentil) |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

177. 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 werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

| | |
|------------------------------|---------------|
| Einheit | % |
| Bundesergebnis | 98,18 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 98,08 - 98,26 |
| Rechnerisches Ergebnis | 100 |

| | |
|---|----------------------------------|
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 72,25 - 100,00 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | >= 95,00 % |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

178. 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 |
| Fachlicher Hinweis IQTIG | <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten</p> |

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

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 0,98 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,89 - 1,08 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | - |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,50 (95. Perzentil) |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | N01 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

179. 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 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 |

Fachlicher Hinweis IQTIG

auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

| | |
|---|----------------------------------|
| Bundesergebnis | 1,03 |
| Vertrauensbereich bundesweit | 0,99 - 1,07 |
| Rechnerisches Ergebnis | 0 |
| Vertrauensbereich Krankenhaus | 0,00 - 7,26 |
| Fallzahl | |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,38 |
| Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators | |
| Referenzbereich | <= 2,13 (95. Perzentil) |
| Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| Qualitative Bewertung im Berichtsjahr | R10 |
| Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht | eingeschränkt/nicht vergleichbar |

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge

20

MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.

Begründung

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

Erbrachte Menge

4

MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge

Begründung

wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen

| | |
|--|------|
| Leistungsberechtigung im Prognosejahr | Ja |
| Prüfung durch Landesverbände | Nein |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr | 20 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres | 18 |
| Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R) | Ja |
| Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden | Nein |

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene

| | |
|--|------|
| Leistungsberechtigung im Prognosejahr | Ja |
| Prüfung durch Landesverbände | Nein |
| Leistungsmenge im Berichtsjahr | 4 |
| Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres | 1 |
| Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R) | Ja |
| Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden | Nein |

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
 - CQ07: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen
- 1 – Perinataler Schwerpunkt

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 50

- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen 41
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben 19

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|----|---|-------------------------------|
| | | 91,67 % |
| 1 | Allgemeine Chirurgie - A-Station ACHI - Tagschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 75 % |
| 2 | Allgemeine Chirurgie - A-Station ACHI - Nachtschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 91,67 % |
| 3 | Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn/Onko2 - Tagschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 100 % |
| 4 | Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn/Onko2 - Nachtschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 50 % |
| 5 | Intensivmedizin - ITS - Tagschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 91,67 % |
| 6 | Intensivmedizin - ITS - Nachtschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 33,33 % |
| 7 | Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station KARD - Tagschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 100 % |
| 8 | Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station KARD - Nachtschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 100 % |
| 9 | Geriatric - Geri - Tagschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 100 % |
| 10 | Geriatric - Geri - Nachtschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 66,67 % |
| 11 | Unfallchirurgie - U-Station UCHI - Tagschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 83,33 % |
| 12 | Unfallchirurgie - U-Station UCHI - Nachtschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|----|--|-------------------------------|
| | | 75 % |
| 13 | Innere Medizin - Onko - Tagschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 100 % |
| 14 | Innere Medizin - O-Station Onko 2 - Nachtschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 75 % |
| 15 | Innere Medizin - KIN-Station KIN - Tagschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 100 % |
| 16 | Innere Medizin - KIN-Station KIN - Nachtschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 91,67 % |
| 17 | Innere Medizin - Gyn - Tagschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |
| | | 100 % |
| 18 | Innere Medizin - Gyn - Nachtschicht | Ausnahmetatbestände: 2 |

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| # | Bereich - Station - Schicht | Erfüllungsgrad |
|----|---|------------------|
| 1 | Allgemeine Chirurgie - A-Station ACHI - Tagschicht | 58,9 % |
| 2 | Allgemeine Chirurgie - A-Station ACHI - Nachtschicht | 54,52 % |
| 3 | Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn/Onko2 - Tagschicht | 79,73 % |
| 4 | Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn/Onko2 - Nachtschicht | 95,34 % |
| 5 | Innere Medizin - Onko1 - Tagschicht | 56,99 % |
| 6 | Innere Medizin - Onko1 - Nachtschicht | 90,96 % |
| 7 | Intensivmedizin - ITS - Tagschicht | 55,07 % |
| 8 | Intensivmedizin - ITS - Nachtschicht | 74,79 % |
| 9 | Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station KARD - Tagschicht | 46,3 % |
| 10 | Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station KARD - Nachtschicht | 78,63 % |
| 11 | Geriatric - Geri - Tagschicht | 95,86 % |
| 12 | Geriatric - Geri - Nachtschicht | 96,41 % |
| 13 | Unfallchirurgie - U-Station UCHI - Tagschicht | 62,76 % |
| 14 | Unfallchirurgie - U-Station UCHI - Nachtschicht | 68,33 % |
| 15 | Innere Medizin - Gyn/Onko2 - Tagschicht | <i>Pädiatrie</i> |
| | | 95,34 % |
| 16 | Innere Medizin - Gyn/Onko2 - Nachtschicht | <i>Pädiatrie</i> |
| | | 86,32 % |
| 17 | Innere Medizin - KIN-Station KIN - Tagschicht | <i>Pädiatrie</i> |
| | | 96,23 % |
| 18 | Innere Medizin - KIN-Station KIN - Nachtschicht | <i>Pädiatrie</i> |

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

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

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben

getrennt nachzuweisen ist.

- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

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