



Strukturierter Qualitätsbericht 2023

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	26
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	28
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	28
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	29
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	29
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	30
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	30
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	30
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	31
A-12.5.2	Verantwortliche Person	31
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	31

A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	31
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	32
A-13	Besondere apparative Ausstattung	33
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	33
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	34
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	34
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	34
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	34
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	35
B-[2200]	Urologie	35
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	35
B-[2200].1.2	Ärztliche Leitung	35
B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	35
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	36
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	36
B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-[2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	38
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen	38
B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	39
B-[2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	40
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren	40
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	41
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	41
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	41

B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	41
B-[2200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	42
B-[2200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	42
B-[2200].11	Personelle Ausstattung	43
B-[2200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	43
B-[2200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	43
B-[2200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	43
B-[2200].11.2	Pflegepersonal	43
B-[2200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	43
B-[2200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	44
B-[2200].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	44
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3600]	Intensivmedizin	45
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	45
B-[3600].1.2	Ärztliche Leitung	45
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	45
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	46
B-[3600].6	Hauptdiagnosen nach ICD	46
B-[3600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	46
B-[3600].6.2	Kompetenzdiagnosen	46
B-[3600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	46
B-[3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	46
B-[3600].7.2	Kompetenzprozeduren	46
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	46

B-[3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	46
B-[3600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	47
B-[3600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	47
B-[3600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	47
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	47
B-[3600].11	Personelle Ausstattung	47
B-[3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	47
B-[3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	47
B-[3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	47
B-[3600].11.2	Pflegepersonal	48
B-[3600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	48
B-[3600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	48
B-[3600].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	48
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1500]	Unfallchirurgie	49
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	49
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	49
B-[1500].1.2	Ärztliche Leitung	49
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	49
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	49
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[1500].6	Hauptdiagnosen nach ICD	50
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	51
B-[1500].6.2	Kompetenzdiagnosen	51
B-[1500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	51
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	53

B-[1500].7.2	Kompetenzprozeduren	53
B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	54
B-[1500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	54
B-[1500].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	54
B-[1500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	55
B-[1500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	56
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	56
B-[1500].11	Personelle Ausstattung	56
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	56
B-[1500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	57
B-[1500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	57
B-[1500].11.2	Pflegepersonal	57
B-[1500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	57
B-[1500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	57
B-[1500].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	57
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2400]	Gynäkologie und Geburtshilfe	58
B-[2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel	58
B-[2400].1.2	Ärztliche Leitung	58
B-[2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	58
B-[2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-[2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-[2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	60

B-[2400].6.2	Kompetenzdiagnosen	60
B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	61
B-[2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	62
B-[2400].7.2	Kompetenzprozeduren	62
B-[2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	63
B-[2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	63
B-[2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	63
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	63
B-[2400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	64
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	64
B-[2400].11	Personelle Ausstattung	65
B-[2400].11.1	Ärzte und Ärztinnen	65
B-[2400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	65
B-[2400].11.1.2	Zusatzweiterbildung	65
B-[2400].11.2	Pflegepersonal	65
B-[2400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	66
B-[2400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	66
B-[2400].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	66
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1000]	Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin	67
B-[1000].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-[1000].1.1	Fachabteilungsschlüssel	67
B-[1000].1.2	Ärztliche Leitung	67
B-[1000].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	67
B-[1000].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	67
B-[1000].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	68

B-[1000].6	Hauptdiagnosen nach ICD	68
B-[1000].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	69
B-[1000].6.2	Kompetenzdiagnosen	69
B-[1000].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[1000].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	71
B-[1000].7.2	Kompetenzprozeduren	71
B-[1000].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	72
B-[1000].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	72
B-[1000].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	72
B-[1000].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	72
B-[1000].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	72
B-[1000].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	72
B-[1000].11	Personelle Ausstattung	72
B-[1000].11.1	Ärzte und Ärztinnen	72
B-[1000].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	72
B-[1000].11.1.2	Zusatzweiterbildung	72
B-[1000].11.2	Pflegepersonal	73
B-[1000].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	73
B-[1000].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	73
B-[1000].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	73
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1500-6Allg]	Allgemein-, Viszeral und Gefäßchirurgie	74
B-[1500-6Allg].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[1500-6Allg].1.1	Fachabteilungsschlüssel	74
B-[1500-6Allg].1.2	Ärztliche Leitung	74
B-[1500-6Allg].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	74

B-[1500-6Allg].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[1500-6Allg].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	75
B-[1500-6Allg].6	Hauptdiagnosen nach ICD	76
B-[1500-6Allg].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	77
B-[1500-6Allg].6.2	Kompetenzdiagnosen	77
B-[1500-6Allg].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	78
B-[1500-6Allg].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	79
B-[1500-6Allg].7.2	Kompetenzprozeduren	80
B-[1500-6Allg].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	80
B-[1500-6Allg].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	80
B-[1500-6Allg].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	80
B-[1500-6Allg].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	80
B-[1500-6Allg].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	81
B-[1500-6Allg].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	82
B-[1500-6Allg].11	Personelle Ausstattung	82
B-[1500-6Allg].11.1	Ärzte und Ärztinnen	82
B-[1500-6Allg].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	82
B-[1500-6Allg].11.1.2	Zusatzweiterbildung	82
B-[1500-6Allg].11.2	Pflegepersonal	83
B-[1500-6Allg].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	83
B-[1500-6Allg].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	83
B-[1500-6Allg].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	83
B-[0100]	Abteilung für Innere Medizin/Geriatrie, Altersmedizin	84
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	84
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	84

B-[0100].1.2	Ärztliche Leitung	84
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	84
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	84
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	84
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD	85
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	86
B-[0100].6.2	Kompetenzdiagnosen	86
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	86
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	88
B-[0100].7.2	Kompetenzprozeduren	88
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	88
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	89
B-[0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	89
B-[0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	89
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	89
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	89
B-[0100].11	Personelle Ausstattung	89
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	89
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	89
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	89
B-[0100].11.2	Pflegepersonal	90
B-[0100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	90
B-[0100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	90
B-[0100].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal	90
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[0100-8Abte]	Abteilung für Innere Medizin/Kardiologie	91

B-[0100-8Abte].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[0100-8Abte].1.1	Fachabteilungsschlüssel	91
B-[0100-8Abte].1.2	Ärztliche Leitung	91
B-[0100-8Abte].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	91
B-[0100-8Abte].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	91
B-[0100-8Abte].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	92
B-[0100-8Abte].6	Hauptdiagnosen nach ICD	92
B-[0100-8Abte].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	93
B-[0100-8Abte].6.2	Kompetenzdiagnosen	93
B-[0100-8Abte].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	94
B-[0100-8Abte].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	95
B-[0100-8Abte].7.2	Kompetenzprozeduren	96
B-[0100-8Abte].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	96
B-[0100-8Abte].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	96
B-[0100-8Abte].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	96
B-[0100-8Abte].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	96
B-[0100-8Abte].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	97
B-[0100-8Abte].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	97
B-[0100-8Abte].11	Personelle Ausstattung	97
B-[0100-8Abte].11.1	Ärzte und Ärztinnen	97
B-[0100-8Abte].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	97
B-[0100-8Abte].11.1.2	Zusatzweiterbildung	97
B-[0100-8Abte].11.2	Pflegepersonal	98
B-[0100-8Abte].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	98
B-[0100-8Abte].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	98

B-[0100-8Abte].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	98
B-[0100-9Abte]	Abteilung für Innere Medizin/Hämatologie, Onkologie, Gastroenterologie	.....	99
B-[0100-9Abte].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	99
B-[0100-9Abte].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	99
B-[0100-9Abte].1.2	Ärztliche Leitung	.....	99
B-[0100-9Abte].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	99
B-[0100-9Abte].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	100
B-[0100-9Abte].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	100
B-[0100-9Abte].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	101
B-[0100-9Abte].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	102
B-[0100-9Abte].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	102
B-[0100-9Abte].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	103
B-[0100-9Abte].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	104
B-[0100-9Abte].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	104
B-[0100-9Abte].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	104
B-[0100-9Abte].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	105
B-[0100-9Abte].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	105
B-[0100-9Abte].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	105
B-[0100-9Abte].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	106
B-[0100-9Abte].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	106
B-[0100-9Abte].11	Personelle Ausstattung	.....	107
B-[0100-9Abte].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	107
B-[0100-9Abte].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	107
B-[0100-9Abte].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	107
B-[0100-9Abte].11.2	Pflegepersonal	.....	108
B-[0100-9Abte].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte	.....	108

	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse		
B-[0100-9Abte].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	108
B-[0100-9Abte].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	108
C	Qualitätssicherung		109
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	109
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	.....	109
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung		111
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen		111
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	293
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	293
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	293
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	293
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	293
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr		294
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	295
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	295
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	295
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG		295

C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	297
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	297
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	297

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

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	2023 - 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

19 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

20 MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse

21 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit

22 MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter

Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege

23 MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

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

- # Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
- 1 FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- # Ausbildung in anderen Heilberufen
- HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
- 1 *Frau Simone Zandeck, Sekretärin der Schule für Gesundheitsberufe (Telefon: 03371/699-346)*
- HB21 - Altenpflegerin, Altenpfleger
- 2 *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	9703
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	22695
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				72,33
Beschäftigungsverhältnis	Mit	72,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	72,33
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt				46,13
Beschäftigungsverhältnis	Mit	46,13	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	46,13
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind				
Gesamt				5,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,48
- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind				
Gesamt				5,48
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,48	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,48

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				39,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				90,01
Beschäftigungsverhältnis	Mit	90,01	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	90,01
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				4,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,74
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften				
Gesamt				2,08
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,08
Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)				
Gesamt				1,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,23
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften				
Gesamt				8,42
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,42	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,42

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

Gesamt				0,89
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,89

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				0,88
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal****SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

Gesamt				1,44
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,44

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

Gesamt				1,05
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,05

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				9,31
Beschäftigungsverhältnis	Mit	9,31	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	9,31

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				5,49
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,49	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,49

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Gesamt				1,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,23

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2,39
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,39

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				1,77
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,77	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,77

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

Gesamt				7,75
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,75

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

Gesamt				10,66
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,66

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:** SOP

Letzte Aktualisierung: 01.10.2024

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: 01.10.2024

RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor

6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Rahmenkonzeption QM 3.0

Letzte Aktualisierung: 01.10.2024

RM18: Entlassungsmanagement

7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Rahmenkonzeption QM 3.0

Letzte Aktualisierung: 01.10.2024

RM05: Schmerzmanagement

8 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Rahmenkonzeption QM 3.0

Letzte Aktualisierung: 01.10.2024

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 1 IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
Letzte Aktualisierung: 01.04.2022
- 2 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
Frequenz: bei Bedarf
- 3 IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
Frequenz: bei Bedarf

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums 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 (Ärztchammer 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) 2

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 Antibiotikaprohylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor Ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert Nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprohylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Nein

Die standardisierte Antibiotikaprohylaxe 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 Allgemeinstationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

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

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 74

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl 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
	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder	
2	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
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 |
| 3 | AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln |
| 4 | AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung |
| 5 | AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen |

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

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)
	<i>SOP Gewaltprävention</i>

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	Ja <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>
14	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich <i>Gammasonde</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 Abschlüsse 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 Ärztliche Leitung

Leistungsart

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

Namen und Kontaktdaten

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
- 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	1607
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	236
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	192
3	N40	Prostatahyperplasie	139
4	N20.1	Ureterstein	102
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	83
6	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	74
7	N30.0	Akute Zystitis	72
8	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	66
9	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	50
10	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	47
11	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	37
12	N20.0	Nierenstein	35
13	N13.20	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nierenstein	24
14	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	23
15	N13.29	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisierung nicht näher bezeichnet	22
16	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	21
17	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	17
18	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	15
19	N43.2	Sonstige Hydrozele	15
20	N13.63	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere	13
21	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	11
22	N20.2	Nierenstein und Ureterstein gleichzeitig	10
23	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	9
24	N99.18	Harnröhrenstriktur nach sonstigen medizinischen Maßnahmen	9
25	N21.0	Stein in der Harnblase	8
26	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	8
27	D29.1	Gutartige Neubildung: Prostata	8
28	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	8
29	T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	7
30	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	7

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	251
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	236
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	209
4	N20	Nieren- und Ureterstein	148
5	N40	Prostatahyperplasie	139
6	N30	Zystitis	127
7	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	91
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	74
9	N45	Orchitis und Epididymitis	24
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	23
11	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	23
12	N43	Hydrozele und Spermatozele	23
13	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	21
14	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	17
15	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane	14
16	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	13
17	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	11
18	N21	Stein in den unteren Harnwegen	9
19	D29	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	9
20	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	9
21	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	7
22	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	6
23	C60	Bösartige Neubildung des Penis	6
24	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	6
25	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	6
26	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5
27	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	5
28	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	4
29	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	4
30	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	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	373
2	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	341
3	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	313
4	3-13d.5	Urographie: Retrograd	252
5	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	250
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	191
7	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	170
8	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	164
9	1-336	Harnröhrenkalibrierung	164
10	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	161
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	154
12	3-997	Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten	148
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	134
14	1-465.91	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: 20 oder mehr Zylinder	126
15	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	123
16	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	112
17	3-13d.6	Urographie: Perkutan	110
18	3-13f	Zystographie	107
19	5-573.41	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävlinsäure	104
20	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	92
21	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	92
22	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	91
23	5-573.21	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävlinsäure	89
24	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarezystostomie	87
25	5-98b.0	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Einmal-Ureterorenoskop	86
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	83
27	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	83
28	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	73
29	5-985.9	Lasertechnik: Holmium-Laser	65
30	8-133.1	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung	63

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	581
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	520
3	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	444
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	373
5	3-13d	Urographie	362
6	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	360
7	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	278
8	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	250
9	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	215
10	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	191
11	1-336	Harnröhrenkalibrierung	164
12	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	154
13	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	150
14	3-997	Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten	148
15	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	121
16	3-13f	Zystographie	107
17	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	95
18	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	92
19	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	91
20	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	87
21	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	83
22	5-985	Lasertechnik	68
23	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	67
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	64
25	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	61
26	1-334	Urodynamische Untersuchung	60
27	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	50
28	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	49
29	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	48
30	5-590	Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe	48

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	54
2	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	41
3	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	38
4	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	28
5	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	8
6	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	8
7	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	5
8	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
9	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	< 4
10	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	< 4
11	3-13d.6	Urographie: Perkutan	< 4
12	3-13d.5	Urographie: Retrograd	< 4
13	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4
14	8-138.0	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters: Wechsel ohne operative Dilatation	< 4
15	8-137.21	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Perkutan-transrenal	< 4
16	8-137.22	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Über ein Stoma	< 4
17	5-894.1c	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
18	5-624.4	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	< 4
19	8-137.02	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Über ein Stoma	< 4
20	8-137.11	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Perkutan-transrenal	< 4
21	8-137.x	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Sonstige	< 4
22	5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	< 4
23	5-279.1	Andere Operationen am Mund: Frenulotomie	< 4
24	5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	< 4
25	5-550.0	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrotomie	< 4
26	5-550.6	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Operative Dilatation eines Nephrostomiekanales mit Einlegen eines dicklumigen Nephrostomiekatheters	< 4
27	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	< 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 Ureterschiene [Ureterkatheter]	117
2	5-640	Operationen am Präputium	67
3	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	8
4	3-13d	Urographie	4
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
6	5-624	Orchidopexie	< 4
7	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	< 4
8	8-138	Wechsel und Entfernung eines Nephrostomiekatheters	< 4
9	5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	< 4
10	5-572	Zystostomie	< 4
11	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
12	5-279	Andere Operationen am Mund	< 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		6,97	Fälle je VK/Person	230,559555
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,97	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,97
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,18	Fälle je VK/Person	384,449768
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,18

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ60 - Urologie
 - 2 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
 - 2 ZF04 - Andrologie
 - 3 ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,5

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

Gesamt		10,17	Fälle je VK/Person	158,013763
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,17	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,17

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,82	Fälle je VK/Person	882,967
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,82

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

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 699 251
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
<i>Anlage von passageren Herzschrittmachern, Lagerungsverfahren bei Lungenversagen (ALI, ARDS)</i> |
| 2 | VX00 - („Sonstiges“): Sonstiges
<i>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.)</i> |
| 3 | VX00 - („Sonstiges“): Sonstiges
<i>intensive und non-intensive Beatmungstechniken, elektrische Kardioversion und Defibrillation</i> |

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar/Erläuterung	xxx

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

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

B-[3600].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
	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		11,53	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,53	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,53
– davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		7,5	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,5

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ01 - Anästhesiologie
 - 2 AQ13 - Viszeralchirurgie
 - 3 AQ23 - Innere Medizin

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 39,5

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

Gesamt		16,19	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	Mit	16,19	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	16,19

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

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

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

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/fachabteilung-gen-zentren/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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 10 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 11 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 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 1103

Teilstationäre Fallzahl 0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	182
2	M54.4	Lumboischialgie	34
3	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	29
4	M54.5	Kreuzschmerz	27
5	S82.82	Trimalleolarfraktur	27
6	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	26
7	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	23
8	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	21
9	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	20
10	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	19
11	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	17
12	S20.2	Prellung des Thorax	16
13	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	15
14	S52.8	Fraktur sonstiger Teile des Unterarmes	14
15	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	13
16	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	13
17	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	13
18	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	12
19	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	11
20	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	11
21	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	10
22	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	10
23	S22.32	Fraktur einer sonstigen Rippe	10
24	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	10
25	S32.5	Fraktur des Os pubis	10
26	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	9
27	S40.0	Prellung der Schulter und des Oberarmes	9
28	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	9
29	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	9
30	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	8

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	196
2	S52	Fraktur des Unterarmes	78
3	S72	Fraktur des Femurs	77
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	71
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	69
6	M54	Rückenschmerzen	68
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	44
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	42
9	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	38
10	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	32
11	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	24
12	L03	Phlegmone	24
13	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	20
14	M00	Eitrige Arthritis	17
15	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	16
16	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	16
17	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	14
18	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	14
19	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	13
20	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	11
21	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	10
22	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	10
23	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	10
24	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	9
25	S40	Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes	9
26	M75	Schulterläsionen	9
27	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	8
28	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	8
29	M65	Synovitis und Tenosynovitis	7
30	M86	Osteomyelitis	6

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	647
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	373
3	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	241
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	153
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	141

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	122
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	121
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	98
9	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	79
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	70
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	65
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	58
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	56
14	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	49
15	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	46
16	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	43
17	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	37
18	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	37
19	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	35
20	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	34
21	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	27
22	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	27
23	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	24
24	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	23
25	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	22
26	5-896.19	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hand	18
27	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	18
28	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	16
29	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	16
30	3-202	Native Computertomographie des Thorax	16

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	647
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	562
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	373
4	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	241
5	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	176
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	121
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	113
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	98
9	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	92
10	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	91
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	70
12	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	70
13	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	67
14	3-206	Native Computertomographie des Beckens	65
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	62
16	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	56
17	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	53
18	5-916	Temporäre Weichteildeckung	44
19	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	39
20	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	37
21	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	37
22	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	35
23	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	32
24	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	29
25	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	27
26	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	27
27	5-786	Osteosyntheseverfahren	24
28	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	24
29	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	22
30	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	22

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	42
2	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	20
3	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	14
4	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	6
5	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	5
6	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	4
7	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	4
8	5-796.1c	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	4
9	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	4
10	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	< 4
11	5-787.30	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	< 4
12	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	< 4
13	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	< 4
14	5-842.70	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen und mehreren Arteriolyse: Ein Finger	< 4
15	5-787.g0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Klavikula	< 4
16	5-787.2j	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Patella	< 4
17	5-787.16	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Radius distal	< 4
18	5-790.1c	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	< 4
19	5-841.15	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	< 4
20	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
21	5-795.kb	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	< 4
22	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	< 4
23	5-810.08	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Radiokarpalgelenk	< 4
24	5-010.00	Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie (Kalotte): Kalotte	< 4
25	5-840.n4	Operationen an Sehnen der Hand: Knöchernen Refixation: Strecksehnen Langfinger	< 4
26	5-796.kc	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Hand	< 4
27	5-796.kb	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	< 4
28	5-801.0n	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Tarsalgelenk	< 4
29	5-800.9h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Kniegelenk	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
30	5-859.1x	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Sonstige	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	55
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	42
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	20
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	10
5	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	6
6	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	4
7	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	4
8	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	4
9	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
10	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
11	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4
12	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	< 4
13	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
14	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
15	5-801	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
16	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4
17	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
18	5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	< 4
19	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
20	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
21	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	< 4
22	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 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	8,71	Fälle je VK/Person	126,636047
Beschäftigungsverhältnis	Mit 8,71	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	8,71

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,88	Fälle je VK/Person	187,585037
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,88

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
 - 2 AQ06 - Allgemeinchirurgie

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 (MWBO 2003)

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,5

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

Gesamt		8,39	Fälle je VK/Person	131,466034
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,39	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,39

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,18	Fälle je VK/Person	934,7458
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,18	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,18

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	FA für Gynäkologie und Geburtshilfe
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. 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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 10 VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
- 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	724
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2400].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	161
2	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	35
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	29
4	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	26
5	O20.0	Drohender Abort	16
6	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	16
7	N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	16
8	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	13
9	O71.8	Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt	11
10	N81.1	Zystozele	11
11	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	11
12	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	10
13	O48	Übertragene Schwangerschaft	10
14	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	10
15	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	9
16	O36.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie	9
17	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	8
18	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	8
19	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	8
20	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	7
21	O72.1	Sonstige unmittelbar postpartal auftretende Blutung	7
22	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	7
23	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	6
24	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	6
25	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	6
26	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	6
27	N84.0	Polyp des Corpus uteri	6
28	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	6
29	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	5
30	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	5

B-[2400].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	163
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	57
3	N81	Genitalprolaps bei der Frau	31
4	O42	Vorzeitiger Blasensprung	31
5	O80	Spontangeburt eines Einlings	29
6	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	20
7	O70	Dammriss unter der Geburt	19
8	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	17
9	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	16
10	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	15
11	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	14
12	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	14
13	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	11
14	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	10
15	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	10
16	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	10
17	O72	Postpartale Blutung	10
18	O48	Übertragene Schwangerschaft	10
19	O23	Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	9
20	O62	Abnorme Wehentätigkeit	8
21	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	8
22	D25	Leiomyom des Uterus	8
23	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	7
24	N84	Polyp des weiblichen Genitaltraktes	7
25	N80	Endometriose	7
26	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	7
27	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	7
28	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	6
29	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	6
30	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	6

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]	152
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	128
3	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	115
4	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	66
5	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	57
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	43
7	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	36
8	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	33
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	30
10	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	28
11	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	28
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	28
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	27
14	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	27
15	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	27
16	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	26
17	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	25
18	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	25
19	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	22
20	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	20
21	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	20
22	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	20
23	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	20
24	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	18
25	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	17
26	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	17
27	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	16
28	8-179.x	Andere therapeutische Spülungen: Sonstige	16
29	5-932.41	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	14
30	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	12

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	181
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	152
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	128
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	85
5	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	73
6	5-749	Andere Sectio caesarea	63
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	57
8	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	49
9	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	47
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	43
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	30
12	5-738	Episiotomie und Naht	29
13	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	28
14	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	28
15	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	25
16	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	23
17	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	20
18	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	20
19	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	20
20	5-916	Temporäre Weichteildeckung	20
21	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	20
22	5-653	Salpingoovariektomie	19
23	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	18
24	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	17
25	8-179	Andere therapeutische Spülungen	17
26	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	14
27	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	13
28	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	13
29	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	12
30	9-401	Psychosoziale Interventionen	10

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. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Geburtsplanung <i>nach telefonischer Anmeldung im Kreißaal</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)	Brustzentrumssprechstunde <i>täglich (außer dienstags), nach Vereinbarung</i>

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	78
2	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	33
3	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	29
4	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7
5	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	6
6	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	5
7	5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	5
8	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	4
9	5-681.83	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	4
10	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	4
11	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
12	5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
13	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4
14	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	< 4
15	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	< 4
16	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	< 4
17	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
18	5-681.82	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
19	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4
20	5-681.33	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
21	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumbiopsie: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	< 4
22	5-711.2	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	< 4
23	5-718.0	Andere Operationen an der Vulva: Adhäsiolyse der Labien	< 4
24	5-701.2	Inzision der Vagina: Vaginotomie	< 4
25	5-711.0	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Inzision	< 4
26	5-681.01	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision von Endometriumsynechien: Hysteroskopisch	< 4
27	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	< 4
28	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
29	1-471.0	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage)	< 4
30	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	79
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	38
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	33
4	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	8
5	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	8
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7
7	5-010	Schädeleröffnung über die Kalotte	5
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	4
9	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	4
10	5-653	Salpingoovariektomie	4
11	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	4
12	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	< 4
13	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	< 4
14	5-671	Konisation der Cervix uteri	< 4
15	5-670	Dilatation des Zervikalkanals	< 4
16	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	< 4
17	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
18	5-652	Ovariectomie	< 4
19	5-701	Inzision der Vagina	< 4
20	5-718	Andere Operationen an der Vulva	< 4
21	5-665	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina	< 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		5,11	Fälle je VK/Person	141,682968
Beschäftigungsverhältnis	Mit	5,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	5,11

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	241,333328
Beschäftigungsverhältnis	Mit	3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	3

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

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - 2 AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie (MWBO 2003)
 - 3 AQ17 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

B-[2400].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
 - 2 ZF28 - Notfallmedizin
 - 3 ZF12 - Handchirurgie

B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,5

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

Gesamt		10,25	Fälle je VK/Person	70,63415
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,25

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,25	Fälle je VK/Person	2896
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,25	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,25

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	822,7273
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,88	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,88

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Titel, Vorname, Name	CÄ Dr. Astrid Novosel-Datzer
Telefon	03371 699 376
Fax	03371 699 178
E-Mail	A.Novosel-Datzer@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 - Neugeborenencreening
3	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener VK00 - („Sonstiges“): Sonstiges
4	<i>Allergiediagnostik (PR'IC'K, 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	424
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1000].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	35
2	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	27
3	K59.01	Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung	23
4	J06.8	Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege	16
5	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	13
6	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	13
7	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	11
8	J20.6	Akute Bronchitis durch Rhinoviren	8
9	A08.0	Enteritis durch Rotaviren	8
10	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	7
11	A08.3	Enteritis durch sonstige Viren	6
12	H66.0	Akute eitrige Otitis media	6
13	J12.3	Pneumonie durch humanes Metapneumovirus	6
14	J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	5
15	J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	5
16	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	5
17	J03.0	Streptokokken-Tonsillitis	5
18	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	5
19	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	5
20	B34.9	Virusinfektion, nicht näher bezeichnet	5
21	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	5
22	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	5
23	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	4
24	J04.0	Akute Laryngitis	4
25	B27.0	Mononukleose durch Gamma-Herpesviren	4
26	J02.8	Akute Pharyngitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	4
27	J12.2	Pneumonie durch Parainfluenzaviren	4
28	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	< 4
29	A08.2	Enteritis durch Adenoviren	< 4
30	J03.8	Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	< 4

B-[1000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	35
2	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	31
3	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	31
4	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	27
5	J20	Akute Bronchitis	26
6	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	24
7	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	17
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	12
9	J03	Akute Tonsillitis	12
10	K35	Akute Appendizitis	7
11	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	7
12	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	7
13	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	6
14	J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	6
15	L03	Phlegmone	6
16	J02	Akute Pharyngitis	5
17	J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	5
18	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
19	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5
20	M54	Rückenschmerzen	5
21	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5
22	G43	Migräne	4
23	B27	Infektiöse Mononukleose	4
24	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	4
25	P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	< 4
26	J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	< 4
27	N45	Orchitis und Epididymitis	< 4
28	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	< 4
29	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	< 4
30	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 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	34

#	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	17
3	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	13
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	13
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	9
6	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	7
7	8-010.3	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich	6
8	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	6
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	6
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	6
11	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	4
12	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	< 4
13	1-207.1	Elektroenzephalographie [EEG]: Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	< 4
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
15	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
16	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	< 4
17	8-712.1	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	< 4
18	9-401.30	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	< 4
19	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	< 4
20	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
21	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4
22	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	< 4
23	5-629.x	Andere Operationen am Hoden: Sonstige	< 4
24	8-711.00	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]: Bei Neugeborenen (1. bis 28. Lebensstag)	< 4
25	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	< 4
26	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
27	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	< 4
28	1-710	Ganzkörperplethysmographie	< 4
29	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	< 4
30	8-191.10	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Fettgazeverband: Ohne Debridement-Bad	< 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	52
2	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	16
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	13
4	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	9
5	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	8
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	7
7	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	6
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	6
9	5-470	Appendektomie	6
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	4
11	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	4
12	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	4
13	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
14	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
15	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	< 4
16	9-401	Psychosoziale Interventionen	< 4
17	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 4
18	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	< 4
19	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	< 4
20	8-712	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen	< 4
21	5-629	Andere Operationen am Hoden	< 4
22	5-624	Orchidopexie	< 4
23	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	< 4
24	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	< 4
25	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
26	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
28	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
29	1-710	Ganzkörperplethysmographie	< 4
30	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 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	4,34	Fälle je VK/Person	97,69585
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,34	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	4,34
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	1,43	Fälle je VK/Person	296,5035
Beschäftigungsverhältnis	Mit 1,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	1,43

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 39,5

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

Gesamt		0,66	Fälle je VK/Person	642,4242
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,66	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,66

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

Gesamt		4,74	Fälle je VK/Person	89,45148
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,74

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,16	Fälle je VK/Person	2650
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,16

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-, Viszeral und Gefäßchirurgie

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

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

B-[1500-6Allg].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500-6Allg].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

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	1349
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	76
2	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	75
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	45
4	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	44
5	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	42
6	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	34
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	30
8	K61.0	Analabszess	24
9	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	22
10	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	22
11	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	20
12	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	19
13	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	19
14	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	19
15	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	18
16	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	18
17	K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	18
18	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	16
19	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	16
20	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	15
21	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	14
22	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	14
23	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	14
24	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	13
25	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	13
26	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	13
27	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	13
28	K83.1	Verschluss des Gallenganges	13
29	K60.3	Analfistel	12
30	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	12

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	144
2	K40	Hernia inguinalis	137
3	I70	Atherosklerose	104
4	K57	Divertikulose des Darmes	60
5	I83	Varizen der unteren Extremitäten	50
6	K43	Hernia ventralis	45
7	K35	Akute Appendizitis	41
8	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	38
9	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	32
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	30
11	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	29
12	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	29
13	K85	Akute Pankreatitis	29
14	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	26
15	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	23
16	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	22
17	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	21
18	K42	Hernia umbilicalis	19
19	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	19
20	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	19
21	L05	Pilonidalzyste	17
22	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	17
23	K44	Hernia diaphragmatica	17
24	K29	Gastritis und Duodenitis	15
25	L03	Phlegmone	15
26	K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	13
27	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	13
28	K26	Ulcus duodeni	11
29	K25	Ulcus ventriculi	10
30	A46	Erysipel [Wundrose]	9

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	574
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	409
3	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	137
4	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	102
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	101
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	99
7	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	99
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	95
9	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	89
10	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	83
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	76
12	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	75
13	3-608	Superselektive Arteriographie	75
14	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	73
15	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	69
16	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	68
17	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	67
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	63
19	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	61
20	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	57
21	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	55
22	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	54
23	8-176.0	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	52
24	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	49
25	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	44
26	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	44
27	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	43
28	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	43
29	8-701	Einfache endotracheale Intubation	42

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	38

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	574
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	409
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	363
4	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	185
5	5-469	Andere Operationen am Darm	160
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	152
7	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	150
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	137
9	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	119
10	5-511	Cholezystektomie	115
11	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	114
12	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	106
13	5-916	Temporäre Weichteildeckung	98
14	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	94
15	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	91
16	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	89
17	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	85
18	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	83
19	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	76
20	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	76
21	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	75
22	3-608	Superselektive Arteriographie	75
23	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	69
24	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	68
25	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	68
26	8-176	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss	65
27	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	61
28	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	55
29	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	53
30	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	51

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 14:00 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> Proktologische Sprechstunde
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)	<i>Donnerstag von 09:00 Uhr bis 13:00 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)	65
2	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	13
3	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	13
4	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	6
5	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	6
6	5-401.50	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	< 4
7	5-534.33	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	< 4
8	1-502.2	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberarm und Ellenbogen	< 4
9	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
10	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	< 4
11	5-895.26	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Schulter und Axilla	< 4
12	5-895.24	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
13	5-895.46	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Schulter und Axilla	< 4
14	5-896.17	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberarm und Ellenbogen	< 4
15	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
16	5-895.2f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterschenkel	< 4
17	5-985.2	Lasertechnik: Dioden-Laser	< 4
18	5-895.28	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterarm	< 4
19	5-895.2b	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Bauchregion	< 4
20	5-399.6	Andere Operationen an Blutgefäßen: Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
21	3-058	Endosonographie des Rektums	< 4
22	5-491.14	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Extrasphinktar	< 4
23	5-402.0	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Zervikal	< 4
24	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
25	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	< 4
26	1-502.3	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterarm und Hand	< 4
27	1-502.6	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	< 4
28	1-502.5	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel	< 4
29	5-492.01	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Tief	< 4
30	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	< 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	79
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	22
3	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	7
4	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	7
5	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	6
6	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	4
7	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
8	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
9	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
10	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
11	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
12	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
13	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
14	5-985	Lasertechnik	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
16	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
17	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
18	3-058	Endosonographie des Rektums	< 4
19	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
20	5-402	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff	< 4
21	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
22	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 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	9,81	Fälle je VK/Person	137,512741
Beschäftigungsverhältnis	Mit 9,81	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	9,81
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	6,75	Fälle je VK/Person	199,851852
Beschäftigungsverhältnis	Mit 6,75	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	6,75

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

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ13 - Viszeralchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ07 - Gefäßchirurgie
4	AQ74 - Allgemeine Zahnheilkunde

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 39,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		11,37	Fälle je VK/Person	118,645561
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,37	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,37

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,16	Fälle je VK/Person	8431,25
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,16	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,16

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

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	682
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	46
2	E86	Volumenmangel	45
3	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	36
4	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	25
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	17
6	N30.0	Akute Zystitis	16
7	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	15
8	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	13
9	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	13
10	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	13
11	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	13
12	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	12
13	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	12
14	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	12
15	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	11
16	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	9
17	G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome	8
18	R42	Schwindel und Taumel	8
19	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	8
20	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	7
21	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	7
22	S32.5	Fraktur des Os pubis	7
23	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	6
24	H81.2	Neuropathia vestibularis	5
25	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	5
26	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	5
27	F05.1	Delir bei Demenz	5
28	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	5
29	R41.0	Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet	5
30	A46	Erysipel [Wundrose]	4

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	92
2	E86	Volumenmangel	45
3	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	42
4	S72	Fraktur des Femurs	40
5	G40	Epilepsie	36
6	I50	Herzinsuffizienz	26
7	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	19
8	N17	Akutes Nierenversagen	18
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	17
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	16
11	N30	Zystitis	16
12	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	15
13	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	15
14	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	13
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	12
16	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	11
17	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	11
18	H81	Störungen der Vestibularfunktion	9
19	R42	Schwindel und Taumel	8
20	I95	Hypotonie	7
21	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	7
22	I70	Atherosklerose	6
23	G41	Status epilepticus	5
24	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	5
25	R41	Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen	5
26	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	5
27	S06	Intrakranielle Verletzung	5
28	A46	Erysipel [Wundrose]	4
29	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	4
30	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	4

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	318
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	306
3	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	276
4	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	204

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	147
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	114
7	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	110
8	8-98b.30	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	99
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	83
10	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	82
11	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	80
12	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	67
13	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	64
14	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	46
15	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	33
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	31
17	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	30
18	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	24
19	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	23
20	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	23
21	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	20
22	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	20
23	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	19
24	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	17
25	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	16
26	3-84x	Andere Magnetresonanz-Spezialverfahren	15
27	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	15
28	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	15
29	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	15
30	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	14

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	372
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	318
3	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	311
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	306
5	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	204
6	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	147
7	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	111
8	8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	103
9	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	80
10	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	67
11	8-390	Lagerungsbehandlung	64
12	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	55
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	33
14	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	32
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	24
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	23
17	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	19
18	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	17
19	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	17
20	8-547	Andere Immuntherapie	16
21	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	15
22	3-84x	Andere Magnetresonanz-Spezialverfahren	15
23	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	15
24	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	15
25	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	12
26	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	12
27	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	9
28	3-202	Native Computertomographie des Thorax	9
29	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	9
30	8-132	Manipulationen an der Harnblase	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 vorhanden	Ja
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	4,3	Fälle je VK/Person	158,604645
Beschäftigungsverhältnis	Mit 4,3	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	4,3
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	3,85	Fälle je VK/Person	177,142853
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,85	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	3,85

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
 - 2 ZF28 - Notfallmedizin

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,5

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

Gesamt		10,96	Fälle je VK/Person	62,22628
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,96	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,96

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		2,08	Fälle je VK/Person	327,884644
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,08	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,08

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,24	Fälle je VK/Person	2841,66675
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,24	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,24

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,93	Fälle je VK/Person	353,3679
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,93	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,93

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

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/fachabteilungen-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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 5 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 6 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
- 7 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

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

Vollstationäre Fallzahl	1712
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	180
2	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	126
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	118
4	I20.0	Instabile Angina pectoris	106
5	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	92
6	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	80
7	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	69
8	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	56
9	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	41
10	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	39
11	I95.1	Orthostatische Hypotonie	38
12	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	38
13	R55	Synkope und Kollaps	36
14	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	31
15	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	26
16	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	23
17	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	20
18	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	20
19	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	20
20	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	18
21	I48.3	Vorhofflattern, typisch	18
22	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	15
23	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	15
24	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	15
25	T82.1	Mechanische Komplikation durch ein kardiales elektronisches Gerät	13
26	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	13
27	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	12
28	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	12
29	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	12
30	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	11

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	376
2	I20	Angina pectoris	234
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	178
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	118
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	94
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	90
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	45
8	I11	Hypertensive Herzkrankheit	45
9	I95	Hypotonie	43
10	R55	Synkope und Kollaps	36
11	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	33
12	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	31
13	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	24
14	I47	Paroxysmale Tachykardie	22
15	R07	Hals- und Brustschmerzen	20
16	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	20
17	I26	Lungenembolie	18
18	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	15
19	N17	Akutes Nierenversagen	14
20	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	14
21	R00	Störungen des Herzschlages	14
22	E86	Volumenmangel	11
23	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	9
24	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	8
25	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	8
26	I70	Atherosklerose	8
27	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	7
28	I42	Kardiomyopathie	7
29	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	6
30	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	6

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]	476
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	414
3	8-83b.c5	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker	267
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	249
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	226
6	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	198
7	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	198
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	178
9	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	152
10	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	149
11	3-200	Native Computertomographie des Schädels	142
12	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	118
13	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	104
14	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	95
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	79
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	72
17	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	70
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	69
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	61
20	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	60
21	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	58
22	5-377.31	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation	56
23	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	56
24	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	45

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
25	1-710	Ganzkörperplethysmographie	41
26	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	40
27	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	40
28	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	38
29	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	37
30	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	34

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	694
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	537
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	520
4	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	476
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	447
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	249
7	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	161
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	142
9	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	124
10	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	104
11	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	88
12	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	87
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	79
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	69
15	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	65
16	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	60
17	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	58
18	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	50
19	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	45
20	8-854	Hämodialyse	43
21	1-710	Ganzkörperplethysmographie	41
22	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	40
23	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	40
24	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	40
25	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	38
26	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	29
27	8-701	Einfache endotracheale Intubation	26
28	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	25
29	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	23

30 1-620 Diagnostische Tracheobronchoskopie

23

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, Defibrillatorsprechstunde, transösophagealen Echokardiographien (TEE), Stressechokardiographie, Spiroergometrie. <i>Mittwoch, Donnerstag von 11.00 - 14:00 Uhr Termine nach Vereinbarung</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	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	< 4
2	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
3	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	< 4
4	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	< 4
5	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	< 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	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4
5	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	< 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	8,76	Fälle je VK/Person	195,433777
Beschäftigungsverhältnis	Mit 8,76	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	8,76
– davon Fachärztinnen und Fachärzte			
Gesamt	3,99	Fälle je VK/Person	429,0727
Beschäftigungsverhältnis	Mit 3,99	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant 0	Stationär	3,99

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
4	AQ42 - Neurologie

B-[0100-8Abte].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin

B-[0100-8Abte].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		10,59	Fälle je VK/Person	161,661942
Beschäftigungsverhältnis	Mit	10,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	10,59

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,74	Fälle je VK/Person	2313,51343
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,74

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

Gesamt		0,89	Fälle je VK/Person	1923,59558
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,89	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,89

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 Ärztliche Leitung

Leitungsart

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

Namen und Kontaktdaten

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

nach § 135c SGB V

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	2102
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	76
2	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	46
3	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	45
4	K92.1	Meläna	41
5	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	41
6	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	41
7	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	37
8	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	32
9	K29.1	Sonstige akute Gastritis	31
10	E86	Volumenmangel	30
11	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	29
12	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	28
13	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	27
14	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	24
15	J06.8	Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege	24
16	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	24
17	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	24
18	C82.1	Folikuläres Lymphom Grad II	24
19	C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	23
20	C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom	23
21	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	23
22	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	22
23	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet	21
24	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	21
25	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	21
26	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	19
27	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	18
28	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	17
29	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	16
30	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	15

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	82
2	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	82
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	64
4	K29	Gastritis und Duodenitis	62
5	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	61
6	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	51
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	50
8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	50
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	46
10	D46	Myelodysplastische Syndrome	43
11	C91	Lymphatische Leukämie	43
12	C82	Follikuläres Lymphom	43
13	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	42
14	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	41
15	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	41
16	D50	Eisenmangelanämie	39
17	C43	Bösartiges Melanom der Haut	36
18	N17	Akutes Nierenversagen	35
19	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	30
20	E86	Volumenmangel	30
21	I50	Herzinsuffizienz	30
22	K25	Ulcus ventriculi	29
23	D64	Sonstige Anämien	27
24	C83	Nicht follikuläres Lymphom	27
25	K85	Akute Pankreatitis	27
26	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	25
27	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	25
28	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	24
29	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	24
30	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	22

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	933
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	599
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	526
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	394
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	351
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	317
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	299
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	297
9	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	278
10	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	252
11	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	187
12	3-200	Native Computertomographie des Schädels	182
13	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	175
14	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	169
15	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	159
16	3-202	Native Computertomographie des Thorax	155
17	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	148
18	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	130
19	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	127
20	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	108
21	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	101
22	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	100
23	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	82
24	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	77
25	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	74
26	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	67
27	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	64
28	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	62
29	6-007.j0	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Obinutuzumab, parenteral: 1.000 mg bis unter 2.000 mg	59
30	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	59

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1297
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	933
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	611
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	526
5	8-547	Andere Immuntherapie	437
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	436
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	394
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	371
9	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	281
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	182
11	8-390	Lagerungsbehandlung	169
12	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	165
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	155
14	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	147
15	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	146
16	5-469	Andere Operationen am Darm	122
17	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	111
18	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	108
19	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	101
20	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	96
21	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	93
22	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	93
23	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	91
24	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	89
25	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	83
26	6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	81
27	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	78
28	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	73
29	8-854	Hämodialyse	73
30	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	69

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	639
2	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	329
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	197
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	72
5	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	59
6	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
7	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	21
8	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	17
9	5-452.73	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Endoskopische Mukosaresektion	15
10	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	10
11	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	9
12	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	7
13	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	7
14	5-482.01	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch	7
15	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	6
16	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	< 4
17	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	< 4
18	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	< 4
19	5-452.72	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
20	5-452.73	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Endoskopische Mukosaresektion	< 4
21	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	< 4
22	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
23	5-482.11	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Submuköse Exzision: Endoskopisch	< 4
24	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	< 4
25	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
26	1-650.x	Diagnostische Koloskopie: Sonstige	< 4
27	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4
28	1-652.1	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma: Koloskopie	< 4
29	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	< 4
30	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblem Instrument	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	1054
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	213
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	137
4	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	12
5	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	8
6	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	7
7	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	< 4
8	1-654	Diagnostische Rektoskopie	< 4
9	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
10	1-652	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma	< 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		7,32	Fälle je VK/Person	287,158447
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,32	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,32
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				
Gesamt		4,07	Fälle je VK/Person	516,4619
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,07	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,07

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
 - 3 ZF28 - Notfallmedizin
 - 4 ZF30 - Palliativmedizin

B-[0100-9Abte].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,5
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		11,43	Fälle je VK/Person	183,902008
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,43	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,43

Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	6369,697
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,33	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,33

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2,59	Fälle je VK/Person	811,583069
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,59

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	4204
Beschäftigungsverhältnis	Mit	0,5	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	0,5

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
ZP03 - Diabetes
- 2
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	69
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	69

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	30
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	30

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

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	20
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	20

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	47
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	47

16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	181
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	180

17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur

Fallzahl	43
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	43

18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	22
----------	----

Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 22

CHE - Cholezystektomie

Fallzahl 103
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 103

DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl 156
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 156

HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl 54
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 54

HEP_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl 52
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 52

HEP_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl 5
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 5

KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl 15
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 15

KEP_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation

Fallzahl 14
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 14

KEP_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl Datenschut
Dokumentationsrate Datenschut
Anzahl Datensätze Standort Datenschut

NEO - Neonatologie

Fallzahl 9
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 9

PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)

Fallzahl 507
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 507

PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie

Fallzahl 133
Dokumentationsrate 100
Anzahl Datensätze Standort 133

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,94
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,19 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	133
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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,99
Vertrauensbereich bundesweit	98,95 - 99,02
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,17 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	132
Beobachtete Ereignisse	132

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

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	98,07
Vertrauensbereich bundesweit	97,84 - 98,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,96
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,71 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	113

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232001_2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100

Vertrauensbereich Krankenhaus	96,68 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	112
Beobachtete Ereignisse	112

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden).

Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	97,99
Vertrauensbereich bundesweit	97,73 - 98,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	1,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,68 - 1,97
Fallzahl	
Grundgesamtheit	127
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	10,19
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,69 (95. Perzentil)

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

8. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,45 - 1,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	7,66

9. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen</p>

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

Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	1,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,89 - 3,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,53

10. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

<https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	15,88
Vertrauensbereich bundesweit	15,76 - 16,00
Rechnerisches Ergebnis	12,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	7,54 - 18,65
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	16

11. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind.

Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	15,03
Vertrauensbereich bundesweit	14,90 - 15,17
Rechnerisches Ergebnis	8,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,88 - 15,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	10

12. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	96,49
Vertrauensbereich bundesweit	96,43 - 96,55
Rechnerisches Ergebnis	99,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,86 - 99,87
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	132
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

13. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin bzw. des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Patientinnen und Patienten mit einer Coronainfektion wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse 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 sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Vertrauensbereich bundesweit	96,34 - 96,48
Rechnerisches Ergebnis	99,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,16 - 99,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	112

14. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

58000

Leistungsbereich

CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,90
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,34 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	58004
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,39 - 2,44
Fallzahl	
Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,04
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

16. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID **58002**

<p>Leistungsbereich Art des Wertes Bezug zum Verfahren</p>	<p>CHE - Entfernung der Gallenblase QI DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/.</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	
<p>Bundesergebnis Vertrauensbereich bundesweit Rechnerisches Ergebnis Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>0,99 0,95 - 1,03 0 0,00 - 2,09</p>

Fallzahl

Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,77

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID****58003**

Leistungsbereich

CHE - Entfernung der Gallenblase

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 3,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,09 - 1,77
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8958
Beobachtete Ereignisse	64
Erwartete Ereignisse	46,10
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

19. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,37 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 0,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8958
Beobachtete Ereignisse	52

20. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

21. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

Ergebnis-ID 521800

Leistungsbereich DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus sowohl gem. ICD-10-GM (BfArM) wie auch gem. NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation gem. EPUAP/NPUAP beschreibt zusätzlich die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	8958
-----------------	------

Beobachtete Ereignisse

7

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

Ergebnis-ID**52010**

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

0,00

Vertrauensbereich bundesweit

0,00 - 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

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

U62

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID**51906**

Leistungsbereich

GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

QI

DeQS, QS-Planung

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32
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

24. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein</p>

	höheres OP-Risiko aufweisen.
Einheit	%
Bundesergebnis	7,19
Vertrauensbereich bundesweit	6,79 - 7,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

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

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,68 - 13,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

27. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

Fachlicher Hinweis IQTIG Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	11,95
Vertrauensbereich bundesweit	10,86 - 13,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

28. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	19,49
Vertrauensbereich bundesweit	18,72 - 20,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 40,38 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	88,51
Vertrauensbereich bundesweit	88,16 - 88,84
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,61 - 98,51
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	11
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 74,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Expertengremium weist darauf hin, dass gynäkologische Operationen vermehrt im ambulanten Bereich durchgeführt werden. Ambulant erbrachte Leistungen werden in diesem Qualitätsindikator nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass die betrachteten Patientinnen, die stationär behandelt werden, mehrheitlich ein höheres OP-Risiko aufweisen.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,07 - 3,29
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 13,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im

sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	8,96
Vertrauensbereich bundesweit	8,75 - 9,17
Rechnerisches Ergebnis	31,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	19,08 - 47,46
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	12
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54015
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,35
Vertrauensbereich bundesweit	1,32 - 1,37
Rechnerisches Ergebnis	1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,52 - 2,13
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,42
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,79 (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. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,52
Fallzahl	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,35
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
 Qualitätsbericht

R10
 eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

54017

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,36

Vertrauensbereich bundesweit	1,30 - 1,42
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,32

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,29 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID**54018**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,11
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	2,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,17 - 5,58
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	1,86
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,58 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität

einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	6,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,69 - 16,47

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,86 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,35
Rechnerisches Ergebnis	4,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,82 - 5,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,59 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen

Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191800_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,47
Vertrauensbereich bundesweit	1,40 - 1,54
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	0,19
40. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	191801_54120
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,21
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,27

Rechnerisches Ergebnis 6,12
 Vertrauensbereich Krankenhaus 2,45 - 7,78

Fallzahl

Grundgesamtheit Datenschutz
 Beobachtete Ereignisse Datenschutz
 Erwartete Ereignisse Datenschutz

41. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID**54012**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

0,98

Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 1,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,41 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54013
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine</p>

fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	191914
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,32 - 2,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

44. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 6,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,49 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID **54030**
 HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil

Leistungsbereich	des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	8,80
Vertrauensbereich bundesweit	8,58 - 9,02
Rechnerisches Ergebnis	11,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,07 - 24,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

46. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 0,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54029
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der Einführung einer Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,84
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,95 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit

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

Bundesergebnis	1,34
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	1,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,62 - 2,28
Fallzahl	
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	5,66
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,74 (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 (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG

gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 1,48
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

50. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,50

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88
Fallzahl	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das
Fachlicher Hinweis IQTIG	

auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,64
Vertrauensbereich bundesweit	0,61 - 0,68
Rechnerisches Ergebnis	1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,28 - 3,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,20 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52316
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebezug 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	97,01
Vertrauensbereich bundesweit	96,88 - 97,13
Rechnerisches Ergebnis	97,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,17 - 99,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	68
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

53. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,11
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
54. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,71
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,63 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt

wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID**132001**

Leistungsbereich

HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung

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

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,85
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,54
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

57. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	132002
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als

Fachlicher Hinweis IQTIG

auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,33
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,76 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	132003
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,34
Vertrauensbereich bundesweit	94,83 - 95,79

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 1,32
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	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

60. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID

52324

Leistungsbereich

HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

0,48

Vertrauensbereich bundesweit

0,32 - 0,71

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 43,45

Fallzahl

Grundgesamtheit

5

Beobachtete Ereignisse

0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

Nicht definiert

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

N02

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>

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

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,26

Fallzahl

Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,08 (95. Perzentil)
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 mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt**Ergebnis-ID****111801**

Leistungsbereich

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

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,35

Fallzahl

Grundgesamtheit 30

Beobachtete Ereignisse 0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich Nicht definiert

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N02

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID 54143

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit %

Bundesergebnis 2,93

Vertrauensbereich bundesweit 2,80 - 3,07

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 6,42

Fallzahl

Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-</p>

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

Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	0,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,34 - 2,08
Fallzahl	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,64
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,78 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Zudem wurde die QI-Bezeichnung im Vergleich zum Vorjahr entsprechend geändert. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267

Einheit	%
Bundesergebnis	96,45
Vertrauensbereich bundesweit	96,38 - 96,52
Rechnerisches Ergebnis	97,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,98 - 98,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	256
Beobachtete Ereignisse	250
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

66. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund der neu eingeführten Risikoadjustierung nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,89
Fallzahl	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,59 (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. 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,54

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist</p>

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 3,84
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,51 (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. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den

Fachlicher Hinweis IQTIG

„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,50
Fallzahl	
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,17
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID 102001

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,30 - 97,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 1,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,58 - 1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 52,67
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

75. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/.</p>
Bundesergebnis	1,43
Vertrauensbereich bundesweit	1,36 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 38,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,49
Vertrauensbereich bundesweit	98,40 - 98,58
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID	212000
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	95,18
Vertrauensbereich bundesweit	94,65 - 95,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 84,93 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. 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 Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	87,40
Vertrauensbereich bundesweit	86,97 - 87,81
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 63,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52330
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im

Fachlicher Hinweis IQTIG

sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,48
Vertrauensbereich bundesweit	99,36 - 99,57
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,05
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .

Einheit	%
Bundesergebnis	2,80
Vertrauensbereich bundesweit	2,40 - 3,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

83. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	51847
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG

werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,43
Vertrauensbereich bundesweit	97,24 - 97,60
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	56,55 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im

Fachlicher Hinweis IQTIG

sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,86
Vertrauensbereich bundesweit	1,75 - 1,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,76 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Ergebnis-ID	211800
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,53
Vertrauensbereich bundesweit	99,47 - 99,58
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 97,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link

	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	79,67
Vertrauensbereich bundesweit	79,20 - 80,13
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	54,63 - 98,62
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	7
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 73,47 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Änderungen an den Rechenregeln, welche die Validität des Indikators verbessern, nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%

Bundesergebnis	1,85
Vertrauensbereich bundesweit	1,70 - 2,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 26,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,57 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

88. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**Ergebnis-ID****56005**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	1,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,48 - 1,69

Fallzahl

Grundgesamtheit	296
Beobachtete Ereignisse	701643
Erwartete Ereignisse	437387,27
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,35 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

89. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56006
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,59
Fallzahl	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	13547
Erwartete Ereignisse	19210,96
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

Referenzbereich	<= 1,18 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen in Kombination mit Eingriffen zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56007
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund einer geänderten Auswertungsmethodik nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	1,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,10 - 1,32
Fallzahl	
Grundgesamtheit	210
Beobachtete Ereignisse	842275
Erwartete Ereignisse	690241,94
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

91. Die Höhe der 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

0,19

Vertrauensbereich bundesweit

0,18 - 0,20

Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,00 - 0,49

Fallzahl

Grundgesamtheit

511

Beobachtete Ereignisse

0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

<= 0,14 % (90. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

92. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach der Untersuchung oder nach dem

Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Blutungen, die behandelt werden mussten, oder Komplikationen an der Einstichstelle auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

56012

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,41
Fallzahl	
Grundgesamtheit	367
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,79
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,07 (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. 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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	95,01
Vertrauensbereich bundesweit	94,79 - 95,23
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,85 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	21
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 94,19 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

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

94. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einer Herzkatheteruntersuchung Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56018
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig</p>

berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 1,76
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,03 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

95. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56020
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den

Fachlicher Hinweis IQTIG

„Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die kommenden Auswertungsjahre vorgesehen. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,69 - 3,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	123
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,62
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,32 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96. Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 7 Tagen nach einem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt Komplikationen auftraten (insbesondere ein Herz- oder Hirninfarkt) oder die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID

56022

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Es gibt Hinweise darauf, dass - trotz Risikoadjustierung - einige Unterschiede in den Patientenkollektiven möglicherweise noch nicht vollständig berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Weiterentwicklung der Risikoadjustierungsmodelle oder ggf. auch Neuausrichtung der Risikoadjustierung für die

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 2,66
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,10 (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. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56100
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-

Fachlicher Hinweis IQTIG

arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	1,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 2,68

Fallzahl

Grundgesamtheit	37
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID**56101**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der

	Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,49 - 1,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	52
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Referenzbereich	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
99. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung keinen Termin für eine Herzkatheteruntersuchung zur routinemäßigen Nachkontrolle	
Ergebnis-ID	56102
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	94,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,78 - 99,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	47
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzte hinzuziehen

Ergebnis-ID	56103
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit
Bundesergebnis

Punkte
0,88

Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,89
Rechnerisches Ergebnis	88,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,24 - 92,20

Fallzahl

Grundgesamtheit	98
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis-ID

56104

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	86,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,59 - 88,74
Fallzahl	
Grundgesamtheit	98
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Referenzbereich	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

Ergebnis-ID	56105
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	82,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,45 - 84,02
Fallzahl	

Grundgesamtheit 98

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr S99

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID 56106

Leistungsbereich PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi->

Fachlicher Hinweis IQTIG

patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 0,75
Rechnerisches Ergebnis	68,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,92 - 72,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	89
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Referenzbereich	
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

Ergebnis-ID	56107
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	82,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,15 - 90,41

Fallzahl

Grundgesamtheit 75

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	keine Angabe.
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	R10
	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen

Ergebnis-ID	56108
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:
Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/ . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-

BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,81
Rechnerisches Ergebnis	75,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,05 - 80,79
Fallzahl	
Grundgesamtheit	89
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
106. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor	
Ergebnis-ID	56109
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,84
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,84
Rechnerisches Ergebnis	79,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,76 - 84,70

Fallzahl

Grundgesamtheit 89

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

Referenzbereich

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

107. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten

Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID	56110
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste</p>

vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	84,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,93 - 93,07

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

Ergebnis-ID	56111
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator

Fachlicher Hinweis IQTIG

basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,79
Rechnerisches Ergebnis	71,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,95 - 75,69
Fallzahl	
Grundgesamtheit	98
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID **56112**

<p>Leistungsbereich</p> <p>Art des Wertes</p> <p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung</p> <p>QI</p> <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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	

	Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,62
Vertrauensbereich bundesweit	0,62 - 0,62
Rechnerisches Ergebnis	59,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,78 - 65,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	34
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
110. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung	
Ergebnis-ID	56113
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,49
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,50
Rechnerisches Ergebnis	60,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	37,49 - 83,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

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

111. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

Ergebnis-ID	56114
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit
Bundesergebnis

Punkte
0,92

Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,64 - 99,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	17
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

112. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße Nachbeobachtung regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID**56115**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,78
Rechnerisches Ergebnis	71,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	62,29 - 79,18
Fallzahl	
Grundgesamtheit	98
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

113. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis-ID	56116
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,18 - 96,41
Fallzahl	

Grundgesamtheit 98

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.

Referenzbereich eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

114. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 56117

Leistungsbereich PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi->

patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellung-nahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,02
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,72 - 1,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	89
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

115. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56118
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Mehrheit der Patientenantworten darauf schließen lässt, dass das Qualitätsziel vom Krankenhaus oder von der Praxis nicht erreicht wurde. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die meisten Patientinnen und Patienten angaben, nicht ausreichend über den Ablauf der Untersuchung bzw. des Eingriffs informiert worden zu sein. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/auswertungsmethodik-qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung ist der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf Gemäß § 18 Abs. 8 DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung. Die Regelungen sehen für das vorliegende erste vollständige Jahr der Patientenbefragung noch kein reguläres Stellungnahmeverfahren vor. Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 1,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	37
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	In diesem Berichtsjahr erfolgt für die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie(QS PCI) hierzu keine Angabe.
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

116. Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Ergebnis-ID 330
Leistungsbereich PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes TKez
Bezug zum Verfahren DeQS, QS-Planung

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:
<https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit %
Bundesergebnis 95,27
Vertrauensbereich bundesweit 94,72 - 95,76
Vertrauensbereich Krankenhaus -

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

Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,91 - 98,99
Rechnerisches Ergebnis	97,87
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,89 - 99,62

Fallzahl

Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	46

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

118. 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

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

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/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 1,23
Fallzahl	
Grundgesamtheit	180
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	48,09
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,28 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

119. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Einheit	%
Bundesergebnis	19,75

Vertrauensbereich bundesweit	19,57 - 19,94
Rechnerisches Ergebnis	21,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,07 - 36,35

Fallzahl

Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	8

120. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden**Ergebnis-ID** 182300_52249

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	33,83
Vertrauensbereich bundesweit	33,50 - 34,16
Rechnerisches Ergebnis	21,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	9,66 - 41,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	5

121. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden**Ergebnis-ID** 182301_52249

Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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 sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

122. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182002_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	4,05 - 4,24
Rechnerisches Ergebnis	6,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,50 - 15,22
Fallzahl	
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	4

123. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182302_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	8,08
Vertrauensbereich bundesweit	7,85 - 8,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

124. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182303_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

125. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	182004_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (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
Fachlicher Hinweis IQTIG	

sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	72,64
Vertrauensbereich bundesweit	72,36 - 72,93
Rechnerisches Ergebnis	73,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,21 - 88,19
Fallzahl	
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	14

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

Ergebnis-ID	182005_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	92,58
Vertrauensbereich bundesweit	92,18 - 92,96
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID	182006_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	86,63
Vertrauensbereich bundesweit	85,96 - 87,27
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
128. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden	
Ergebnis-ID	182007_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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

Einheit	%
Bundesergebnis	75,59
Vertrauensbereich bundesweit	75,02 - 76,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	182008_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,86 - 100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	182009_52249
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte

Fachlicher Hinweis IQTIG

noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	46,22
Vertrauensbereich bundesweit	45,69 - 46,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

Ergebnis-ID

1058

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS, QS-Planung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,16 - 0,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

132. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Bei

dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,21
Fallzahl	
Grundgesamtheit	170
Beobachtete Ereignisse	0

133. 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 sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	170
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,42

134. 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
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 92,56
Fallzahl	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,46 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

135. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	318
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,98
Vertrauensbereich bundesweit	96,73 - 97,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

136. 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,31
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

137. 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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

sind unter folgendem Link zu finden:
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,31
Vertrauensbereich bundesweit	1,14 - 1,49
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 47,93
Fallzahl	
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

138. 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
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,90
Fallzahl	
Grundgesamtheit	173
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,38

139. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51818_51803
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Fachlicher Hinweis IQTIG

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe dafür gibt, dass trotz statistischer Auffälligkeit im Qualitätsergebnis keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Bewertung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,12
Fallzahl	
Grundgesamtheit	170
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,46

140. 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

Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine Kennzahl, die zur Berechnung des planungsrelevanten QI ID 51803 genutzt wird. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere

Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,14
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,54
Fallzahl	
Grundgesamtheit	170
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,39

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

Ergebnis-ID	181800
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 26,80
Fallzahl	
Grundgesamtheit	133
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14

142. 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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die

Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,78
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 31,40
Fallzahl	
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,12

143. 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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 95,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02

144. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182010
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,17

Vertrauensbereich Krankenhaus -

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

145. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID

182011

Leistungsbereich

PM-GEBH - Geburtshilfe

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,60 - 2,83
Rechnerisches Ergebnis	2,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,87 - 5,60

Fallzahl

Grundgesamtheit 179

Beobachtete Ereignisse 4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

146. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung

für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	182014
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	8,79
Vertrauensbereich bundesweit	8,67 - 8,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 12,02 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

147. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)

Ergebnis-ID	51070
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,19 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,13
Vertrauensbereich bundesweit	2,78 - 3,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

149. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID

51837

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

150. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID

51076

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Einheit	%
Bundesergebnis	2,68
Vertrauensbereich bundesweit	2,35 - 3,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

151. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID

50050

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

152. 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 Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

153. 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 sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	Frühgeborenenversorgung“.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,84
Vertrauensbereich bundesweit	1,59 - 2,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
154. 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
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. 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</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

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

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

155. Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern

Ergebnis-ID	222201
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	1,14
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

156. 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 unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,31
Vertrauensbereich bundesweit	2,89 - 3,78
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	50053
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,42 - 0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID	51078
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der</p>

	Frühgeborenenversorgung“.
Einheit	%
Bundesergebnis	4,64
Vertrauensbereich bundesweit	4,05 - 5,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

159. 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
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen</p>
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/aktiv/>. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

160. 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

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	0,81
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 0,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

161. 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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen</p>

und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

162. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51141_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901

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

Fachlicher Hinweis IQTIG <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere

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

Bundesergebnis 0,90
 Vertrauensbereich bundesweit 0,77 - 1,04
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

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

Ergebnis-ID 51146_51901

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 3

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 51901

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

Fachlicher Hinweis IQTIG <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

Ergebnis-ID 51156_51901

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes KKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 4

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 51901

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

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

	arbeiten/grundlagen/standard-titel/.
Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,41 - 0,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
165. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	51161_51901
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/ . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z.B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,40

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

166. Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**Ergebnis-ID****50060**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ .
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 115,38
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,40 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

167. 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 den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>. Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,52 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

168. 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 Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,88

Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

169. 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 sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit %

Bundesergebnis 0,17

Vertrauensbereich bundesweit 0,13 - 0,23

Vertrauensbereich Krankenhaus -

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

Ergebnis-ID 222002_50062

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 3

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 50062

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	1,29
Vertrauensbereich bundesweit	1,18 - 1,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

171. Kinder, bei denen der Kopf bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus nicht ausreichend gewachsen ist

Ergebnis-ID	52262
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	9,86
Vertrauensbereich bundesweit	9,34 - 10,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 22,36 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

172. 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. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, eine medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

98,00

Vertrauensbereich bundesweit

97,90 - 98,09

Rechnerisches Ergebnis

87,50

Vertrauensbereich Krankenhaus

52,91 - 97,76

Fallzahl

Grundgesamtheit

8

Beobachtete Ereignisse

7

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich

>= 95,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

U63

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

173. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID

50069

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,62 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

174. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID

50074

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>.

Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,83
Fallzahl	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,27
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,45 (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

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

Begründung

Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.

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

Begründung

Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge 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

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)

Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr	101
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	26

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	60
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	49
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	21

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		66,67 %
1	Allgemeine Chirurgie - A-Station ACHI - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		66,67 %
2	Allgemeine Chiriurgie - A-Station ACHI - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		100 %
3	Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 2

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
4	Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		33,33 %
5	Intensivmedizin - ITS - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		58,33 %
6	Intensivmedizin - ITS - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		92,86 %
7	Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station, KARD - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		92,86 %
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	Innere Medizin - O-Station, Onko 1 - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		100 %
12	Innere Medizin - O-Station; Onko1 - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		100 %
13	Innere Medizin - KIN Station, KIN - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		100 %
14	Innere Medizin - KIN-Station KIN - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		0 %
15	Urologie - Uro-Station - Tagschicht	Ausnahmetatbestände: 2
		58,33 %
16	Urologie - Uro-Station - Nachtschicht	Ausnahmetatbestände: 2

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - A-Station ACHI - Tagschicht	55,82 %
2	Allgemeine Chirurgie - A-Station ACHI - Nachtschicht	46,15 %
3	Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn - Tagschicht	88,22 %
4	Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn - Nachtschicht	84,11 %
5	Innere Medizin - Onko1 - Tagschicht	51,23 %
6	Innere Medizin - Onko1 - Nachtschicht	85,75 %
7	Intensivmedizin - ITS - Tagschicht	46,85 %
8	Intensivmedizin - ITS - Nachtschicht	55,62 %
9	Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station KARD - Tagschicht	68,22 %
10	Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station KARD - Nachtschicht	73,42 %
11	Geriatric - Geri - Tagschicht	87,95 %
12	Geriatric - Geri - Nachtschicht	89,59 %
13	Urologie - Uro-Station - Tagschicht	26,03 %
14	Urologie - Uro-Station - Nachtschicht	40,55 %
15	Innere Medizin - KIN-Station KIN - Tagschicht	84,31 %
16	Innere Medizin - KIN-Station KIN - Nachtschicht	69,93 %

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