



# Strukturierter Qualitätsbericht 2024

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-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 .....	21
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	21
A-11.2	Pflegepersonal .....	22
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	22
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	Lenkungsgrremium .....	24
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	24
A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	24
A-12.2.2	Lenkungsgrremium .....	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 .....	27
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	27
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	27
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	28
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	28
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie .....	29
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	29
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	30
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	30
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	31
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	31
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....	31
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium .....	32
A-12.5.2	Verantwortliche Person .....	32
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal .....	32
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen .....	32

A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt .....	33
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	34
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung ..... des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	34
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe .....	34
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung .....	35
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....	35
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß ..... § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	35
B	Struktur- und Leistungsdaten der ..... Organisationseinheiten/Fachabteilungen	36
B-[2200]	Urologie .....	36
B-[2200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	36
B-[2200].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	36
B-[2200].1.2	Ärztliche Leitung .....	36
B-[2200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	36
B-[2200].3	Medizinische Leistungsangebote der ..... Organisationseinheit/Fachabteilung	37
B-[2200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	37
B-[2200].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	38
B-[2200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	39
B-[2200].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	39
B-[2200].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	40
B-[2200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	41
B-[2200].7.2	Kompetenzprozeduren .....	41
B-[2200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	42
B-[2200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	42
B-[2200].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	42
B-[2200].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	42

B-[2200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	43
B-[2200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	43
B-[2200].11	Personelle Ausstattung .....	44
B-[2200].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	44
B-[2200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	44
B-[2200].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	44
B-[2200].11.2	Pflegepersonal .....	44
B-[2200].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	45
B-[2200].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	45
B-[2200].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	45
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3600]	Intensivmedizin .....	46
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	46
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	46
B-[3600].1.2	Ärztliche Leitung .....	46
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	46
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	47
B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	47
B-[3600].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	47
B-[3600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	47
B-[3600].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	47
B-[3600].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	47
B-[3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	47
B-[3600].7.2	Kompetenzprozeduren .....	47
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	47
B-[3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	47

B-[3600].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	48
B-[3600].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	48
B-[3600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	48
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	48
B-[3600].11	Personelle Ausstattung .....	48
B-[3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	48
B-[3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	48
B-[3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	48
B-[3600].11.2	Pflegepersonal .....	49
B-[3600].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	49
B-[3600].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	49
B-[3600].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	49
B-[1500]	Unfallchirurgie .....	50
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	50
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	50
B-[1500].1.2	Ärztliche Leitung .....	50
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	50
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	51
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	51
B-[1500].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	52
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	53
B-[1500].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	53
B-[1500].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	54
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	55
B-[1500].7.2	Kompetenzprozeduren .....	55

B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	56
B-[1500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	56
B-[1500].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	56
B-[1500].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	57
B-[1500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	58
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	58
B-[1500].11	Personelle Ausstattung .....	58
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	58
B-[1500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	59
B-[1500].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	59
B-[1500].11.2	Pflegepersonal .....	59
B-[1500].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	59
B-[1500].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	59
B-[1500].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	59
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[2400]	Gynäkologie und Geburtshilfe .....	60
B-[2400].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	60
B-[2400].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	60
B-[2400].1.2	Ärztliche Leitung .....	60
B-[2400].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	60
B-[2400].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	61
B-[2400].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	61
B-[2400].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	62
B-[2400].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	63
B-[2400].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	63
B-[2400].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	64

B-[2400].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	65
B-[2400].7.2	Kompetenzprozeduren .....	65
B-[2400].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	66
B-[2400].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	66
B-[2400].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	66
B-[2400].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	67
B-[2400].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	68
B-[2400].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	68
B-[2400].11	Personelle Ausstattung .....	69
B-[2400].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	69
B-[2400].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	69
B-[2400].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	69
B-[2400].11.2	Pflegepersonal .....	70
B-[2400].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	70
B-[2400].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	70
B-[2400].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	70
B-[1000]	Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin .....	71
B-[1000].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	71
B-[1000].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	71
B-[1000].1.2	Ärztliche Leitung .....	71
B-[1000].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	71
B-[1000].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	71
B-[1000].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	72
B-[1000].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	72
B-[1000].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	73



B-[1000].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	73
B-[1000].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	74
B-[1000].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	75
B-[1000].7.2	Kompetenzprozeduren .....	75
B-[1000].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	76
B-[1000].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	76
B-[1000].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	76
B-[1000].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	76
B-[1000].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	76
B-[1000].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	76
B-[1000].11	Personelle Ausstattung .....	76
B-[1000].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	76
B-[1000].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	76
B-[1000].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	76
B-[1000].11.2	Pflegepersonal .....	77
B-[1000].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	77
B-[1000].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	77
B-[1000].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	77
B-[1500-6Allg]	Allgemein-, Viszeral und Gefäßchirurgie .....	78
B-[1500-6Allg].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	78
B-[1500-6Allg].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	78
B-[1500-6Allg].1.2	Ärztliche Leitung .....	78
B-[1500-6Allg].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	78
B-[1500-6Allg].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	79

B-[1500-6Allg].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	79
B-[1500-6Allg].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	80
B-[1500-6Allg].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	81
B-[1500-6Allg].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	81
B-[1500-6Allg].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	82
B-[1500-6Allg].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	83
B-[1500-6Allg].7.2	Kompetenzprozeduren .....	83
B-[1500-6Allg].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	84
B-[1500-6Allg].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	84
B-[1500-6Allg].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	84
B-[1500-6Allg].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	85
B-[1500-6Allg].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	85
B-[1500-6Allg].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	85
B-[1500-6Allg].11	Personelle Ausstattung .....	86
B-[1500-6Allg].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	86
B-[1500-6Allg].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	86
B-[1500-6Allg].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	86
B-[1500-6Allg].11.2	Pflegepersonal .....	87
B-[1500-6Allg].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	87
B-[1500-6Allg].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	87
B-[1500-6Allg].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	87
B-[0100]	Abteilung für Innere Medizin/Geriatrie, Altersmedizin .....	88
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	88
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	88
B-[0100].1.2	Ärztliche Leitung .....	88
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	88

B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	88
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	88
B-[0100].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	89
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	90
B-[0100].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	90
B-[0100].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	91
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	92
B-[0100].7.2	Kompetenzprozeduren .....	92
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	92
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	93
B-[0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	93
B-[0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	93
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	93
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	93
B-[0100].11	Personelle Ausstattung .....	93
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	93
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	93
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	93
B-[0100].11.2	Pflegepersonal .....	94
B-[0100].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	94
B-[0100].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	94
B-[0100].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	94
B-[0100-8Abte]	Abteilung für Innere Medizin/Kardiologie .....	95
B-[0100-8Abte].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	95

B-[0100-8Abte].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	95
B-[0100-8Abte].1.2	Ärztliche Leitung .....	95
B-[0100-8Abte].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	95
B-[0100-8Abte].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	96
B-[0100-8Abte].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	96
B-[0100-8Abte].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	97
B-[0100-8Abte].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	98
B-[0100-8Abte].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	98
B-[0100-8Abte].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	99
B-[0100-8Abte].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	100
B-[0100-8Abte].7.2	Kompetenzprozeduren .....	101
B-[0100-8Abte].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	101
B-[0100-8Abte].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	101
B-[0100-8Abte].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	101
B-[0100-8Abte].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	101
B-[0100-8Abte].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	101
B-[0100-8Abte].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	101
B-[0100-8Abte].11	Personelle Ausstattung .....	102
B-[0100-8Abte].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	102
B-[0100-8Abte].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	102
B-[0100-8Abte].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	102
B-[0100-8Abte].11.2	Pflegepersonal .....	103
B-[0100-8Abte].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	103
B-[0100-8Abte].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	103
B-[0100-8Abte].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	103

B-[0100-9Abte]	Abteilung für Innere Medizin/Hämatologie, Onkologie, Gastroenterologie .....	104
B-[0100-9Abte].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	104
B-[0100-9Abte].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	104
B-[0100-9Abte].1.2	Ärztliche Leitung .....	104
B-[0100-9Abte].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	105
B-[0100-9Abte].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	105
B-[0100-9Abte].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	105
B-[0100-9Abte].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	106
B-[0100-9Abte].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	107
B-[0100-9Abte].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	107
B-[0100-9Abte].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	108
B-[0100-9Abte].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	109
B-[0100-9Abte].7.2	Kompetenzprozeduren .....	109
B-[0100-9Abte].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	110
B-[0100-9Abte].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	110
B-[0100-9Abte].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	110
B-[0100-9Abte].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	110
B-[0100-9Abte].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	111
B-[0100-9Abte].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	111
B-[0100-9Abte].11	Personelle Ausstattung .....	111
B-[0100-9Abte].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	111
B-[0100-9Abte].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	111
B-[0100-9Abte].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	112
B-[0100-9Abte].11.2	Pflegepersonal .....	112
B-[0100-9Abte].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	113

B-[0100-9Abte].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	113
B-[0100-9Abte].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	113
C	Qualitätssicherung .....		114
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	114
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	.....	114
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....		115
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen .....		116
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	255
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	255
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	255
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	255
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	255
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr .....		255
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	256
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	.....	256
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	.....	256
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	257
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im	.....	258

	Berichtsjahr	
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....	258
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....	259
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL) .....	260
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	261

## 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	Geschäftsführer
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	<a href="https://www.kmg-kliniken.de">https://www.kmg-kliniken.de</a>
--	---

## 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
Telefon-Vorwahl	03371
Telefon	6990
E-Mail	luckenwalde@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde</a>

#### 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.Akcetin@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-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  
MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter
- 22 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	<a href="mailto:g.grosskopf@kmg-kliniken.de">g.grosskopf@kmg-kliniken.de</a>

### 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)
- BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 5
- 6 BF10 - Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
- 7

## 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  
 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner  
 1 *Frau Simone Zandack, Sekretärin der Schule für Gesundheitsberufe Telefon 03371/699-346*  
 2 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten 259

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 10301  
 Teilstationäre Fallzahl 0  
 Ambulante Fallzahl 26968  
 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				66,35
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	66,35	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	66,35
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt				41,61
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	41,61	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	41,61

## A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt				77,44
Beschäftigungsverhältnis	Mit	77,44	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	77,44

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

Gesamt				4,82
Beschäftigungsverhältnis	Mit	4,82	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	4,82

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				2,8
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,8	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,8

### Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				17,9
Beschäftigungsverhältnis	Mit	17,9	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	17,9

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt				15,11
Beschäftigungsverhältnis	Mit	15,11	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	15,11

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

Gesamt				1,74
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,74	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,74

### Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				1,79
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,79

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

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

Gesamt				2,05
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,05	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,05

### SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				8,92
Beschäftigungsverhältnis	Mit	8,92	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	8,92

### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				7,23
Beschäftigungsverhältnis	Mit	7,23	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	7,23

### SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Gesamt				1,46
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,46	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,46

### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				2,41
Beschäftigungsverhältnis	Mit	2,41	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	2,41

### SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				1,79
Beschäftigungsverhältnis	Mit	1,79	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	1,79

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

Gesamt				6,12
Beschäftigungsverhältnis	Mit	6,12	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	6,12

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

Gesamt				11,59
Beschäftigungsverhältnis	Mit	11,59	Ohne	0
Versorgungsform	Ambulant	0	Stationär	11,59

**SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister**

Gesamt				0,78
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,78	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,78

**SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

**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 Lenkungsremium

### Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums 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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

#### Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 1 IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  
**Letzte Aktualisierung:** 01.10.2025
- 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 (Ärztekammer 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) 18

#### 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.Akcetin@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	<input type="checkbox"/> Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input type="checkbox"/> Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	<input type="checkbox"/> Ja

#### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	<input type="checkbox"/> Ja
2	Steriler Kittel	<input type="checkbox"/> Ja
3	Kopfhaube	<input type="checkbox"/> Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	<input type="checkbox"/> Ja
5	Steriles Abdecktuch	<input type="checkbox"/> Ja

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

Auswahl ☐ Ja

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

Auswahl ☐ Ja

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

Auswahl ☐ Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

#### Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie  
liegt vor Ja

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

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

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl Ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	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) 18,8

##### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs  
auf allen Intensivstationen Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen  
Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 91,1

##### 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	Ja
	( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	

##### 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 Teil A § 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 Teil A § 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
	SK11: Sonstiges (Aufarbeitung)
1	<i>SOP Gewaltprävention</i>

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja
2	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
3	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Nein
4	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich
5	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja
6	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich
7	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich
8	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja
9	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja
10	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich
11	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja
12	AA71 - Roboterassistiertes Chirurgie-System	Keine Angabe erforderlich
		<i>Da Vinci</i>
13	AA72 - 3D-Laparoskopie-System	Keine Angabe erforderlich
14	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich

## 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.Akcetin@kmg-kliniken.de
Strasse	Saarstraße
Hausnummer	1
PLZ	14943
Ort	Luckenwalde
URL	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/urologie-kinderurologie-und-uro-onkologie">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/urologie-kinderurologie-und-uro-onkologie</a>

#### 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	1662
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	288
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	169
3	N20.1	Ureterstein	131
4	N40	Prostatahyperplasie	106
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	95
6	N13.21	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein	77
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	63
8	N30.0	Akute Zystitis	60
9	N20.0	Nierenstein	50
10	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	45
11	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	32
12	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	29
13	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	27
14	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	22
15	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	19
16	N43.2	Sonstige Hydrozele	17
17	N13.29	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein, Steinlokalisierung nicht näher bezeichnet	16
18	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	16
19	N13.63	Hydronephrose bei Obstruktion durch Ureterstein mit Infektion der Niere	14
20	N32.0	Blasenhalsobstruktion	13
21	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	12
22	D29.1	Gutartige Neubildung: Prostata	12
23	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	12
24	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	11
25	N21.0	Stein in der Harnblase	11
26	N13.65	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose mit Infektion der Niere	11
27	C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden	10
28	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	10
29	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	9
30	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	9

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	288
2	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	223
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	192
4	N20	Nieren- und Ureterstein	187
5	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	107
6	N40	Prostatahyperplasie	106
7	N30	Zystitis	98
8	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	63
9	N45	Orchitis und Epididymitis	37
10	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	33
11	N43	Hydrozele und Spermatozele	33
12	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	27
13	N17	Akutes Nierenversagen	19
14	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	18
15	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	16
16	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	13
17	D29	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	12
18	N21	Stein in den unteren Harnwegen	11
19	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	11
20	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	11
21	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	10
22	C60	Bösartige Neubildung des Penis	10
23	N35	Harnröhrenstriktur	9
24	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	7
25	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	7
26	D41	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane	7
27	N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	7
28	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	6
29	N50	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane	6
30	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	6

**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	362
2	1-999.40	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Art des Zystoskops: Starres Zystoskop	292
3	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	256
4	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	187
5	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	173
6	3-13d.5	Urographie: Retrograd Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem)	172
7	5-573.41	Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävlinsäure	165
8	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	164
9	1-336	Harnröhrenkalibrierung	157
10	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	156
11	3-997	Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten	150
12	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	145
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	144
14	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	140
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	99
16	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	96
17	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	94
18	3-13f	Zystographie	93
19	3-13d.6	Urographie: Perkutan	90
20	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	89
21	5-98b.0	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Einmal-Ureterorenoskop	86
22	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	83
23	8-133.1	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Entfernung Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit	80
24	1-465.90	Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: Weniger als 20 Zylinder	79
25	1-465.91	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: 20 oder mehr Zylinder	74
26	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	62
27	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	61
28	5-985.9	Lasertechnik: Holmium-Laser	61
29	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	58
30	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	57



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	492
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	450
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	421
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	362
5	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	306
6	3-13d	Urographie	262
7	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	240
8	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	219
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	187
10	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	164
11	1-336	Harnröhrenkalibrierung	157
12	1-465	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	155
13	3-997	Computertechnische Bildfusion verschiedener bildgebender Modalitäten	150
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	144
15	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	117
16	8-133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	117
17	3-13f	Zystographie	93
18	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	89
19	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	88
20	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	67
21	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	65
22	5-985	Lasertechnik	63
23	5-604	Radikale Prostatovesikulektomie	61
24	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	56
25	3-993	Quantitative Bestimmung von Parametern	54
26	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	52
27	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	51
28	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	50
29	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	50
30	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	44

**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	

### 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	8-137.12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Über ein Stoma	99
2	5-640.2	Operationen am Präputium: Zirkumzision	83
3	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	47
4	5-640.3	Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	39
5	8-137.20	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Entfernung: Transurethral	25
6	1-466.00	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Stanzbiopsie der Prostata: Weniger als 20 Zylinder	10
7	5-636.2	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	9
8	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	8
9	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	5
10	5-631.1	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	< 4
11	8-101.9	Fremdkörperentfernung ohne Inzision: Aus der Urethra	< 4
12	1-586.6	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal	< 4
13	5-624.5	Orchidopexie: Skrotal	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	179
2	5-640	Operationen am Präputium	122
3	1-466	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	10
4	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	9
5	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	5
6	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
7	5-624	Orchidopexie	< 4
8	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	< 4
9	8-101	Fremdkörperentfernung ohne Inzision	< 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	8,4	Fälle je VK/Person	197,857147
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 8,4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	8,4

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4,8	Fälle je VK/Person	346,25
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 4,8	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	4,8

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

- # Facharztbezeichnungen  
1 AQ60 - Urologie

#### B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

### B-[2200].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

Gesamt	9,54	Fälle je VK/Person	174,213837
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 9,54	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	9,54

#### Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	554
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 3	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	3

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt	3	Fälle je VK/Person	554
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 3	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	3

#### 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	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/anaesthesiologie-und-intensivmedizin">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/anaesthesiologie-und-intensivmedizin</a>
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Facharzt für Anästhesie, ZB Intensivmedizin
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. Jens Badewien
Telefon	03371 699 251
Fax	03371 699 912
E-Mail	j.badewien@kmg-kliniken.de
Strasse	Saarstraße
Hausnummer	1
PLZ	14943
Ort	Luckenwalde
URL	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/anaesthesiologie-und-intensivmedizin">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/anaesthesiologie-und-intensivmedizin</a>

### 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>  |
|   | VX00 - („Sonstiges“): Sonstiges   |
| 2 | <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

## 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. §	Schmerzsprechstunde
1	31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	<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	11,9	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 11,9	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	11,9

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	7,4	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 7,4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	7,4

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

# Facharztbezeichnungen

1 AQ01 - Anästhesiologie

2 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

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

Gesamt		15,59	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	15,59	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	15,59

### Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2,9	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,9	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,9

### 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, FA für Orthopädie u. Unfallchirurgie, SP Unfallchirurgie, ZB Spezielle Unfallchirurgie
Titel, Vorname, Name	CA Dr. med. Rüdiger Schultka
Telefon	03371 699 315
Fax	03371 699 466
E-Mail	r.schultka@kmg-kliniken.de
Strasse	Saarstraße
Hausnummer	1
PLZ	14943
Ort	Luckenwalde
URL	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/unfallchirurgie-und-orthopaedie">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/unfallchirurgie-und-orthopaedie</a>

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

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

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

### **# Medizinische Leistungsangebote**

- 1 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
- 2 VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
- 3 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 4 VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
- 5 VO16 - Handchirurgie
- 6 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
- 7 VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
- 8 VO15 - Fußchirurgie
- 9 VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
- 10 VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
- 11 VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
- 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	1020
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	159
2	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	43
3	M54.4	Lumboischialgie	30
4	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	25
5	S20.2	Prellung des Thorax	22
6	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	20
7	M54.5	Kreuzschmerz	19
8	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	17
9	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	16
10	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	13
11	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	12
12	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	12
13	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	11
14	S80.0	Prellung des Knies	11
15	S82.82	Trimalleolarfraktur	11
16	S52.8	Fraktur sonstiger Teile des Unterarmes	11
17	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	10
18	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	10
19	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	10
20	S32.5	Fraktur des Os pubis	10
21	S70.0	Prellung der Hüfte	9
22	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	9
23	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	8
24	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	8
25	S42.24	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus	8
26	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	8
27	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	7
28	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	7
29	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	7
30	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	7

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	165
2	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	72
3	S52	Fraktur des Unterarmes	62
4	M54	Rückenschmerzen	61
5	S72	Fraktur des Femurs	51
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	50
7	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	49
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	34
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	30
10	L03	Phlegmone	30
11	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	27
12	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	22
13	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	17
14	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	15
15	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	14
16	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	14
17	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	14
18	M75	Schulterläsionen	13
19	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	12
20	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	12
21	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	11
22	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	10
23	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	10
24	M48	Sonstige Spondylopathien	9
25	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	8
26	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	8
27	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	7
28	M72	Fibromatosen	7
29	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	7
30	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	7

**B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen**

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	611
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	321
3	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	196
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	146
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	141
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	114
7	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	92
8	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	85
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	73
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	64
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	64
12	3-206	Native Computertomographie des Beckens	63
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	54
14	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	53
15	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	50
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	40
17	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	36
18	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	36
19	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	34
20	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	25
21	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	25
22	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	24
23	5-896.19	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hand	20
24	3-202	Native Computertomographie des Thorax	20
25	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	19
26	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	18
27	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	17
28	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	17

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	17
30	5-984	Mikrochirurgische Technik	17

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	611
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	482
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	321
4	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	196
5	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	127
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	114
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	101
8	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	95
9	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	92
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	73
11	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	65
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	64
13	3-206	Native Computertomographie des Beckens	63
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	62
15	5-916	Temporäre Weichteildeckung	58
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	54
17	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	53
18	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	50
19	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	47
20	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	47
21	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	35
22	5-786	Osteosyntheseverfahren	29
23	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	27
24	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	26
25	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	26
26	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	25
27	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	23
28	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	21
29	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	20
30	3-202	Native Computertomographie des Thorax	20

### B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	<i>Sprechstunde: Montag bis Freitag von 11:00 Uhr bis 14:00 Uhr</i>
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Handchirurgie <i>Sprechstunde: Montag von 10:00 Uhr bis 11:00 Uhr</i>
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	CA-Sprechstunde <i>Mittwoch von 10:00 Uhr bis 11:00 Uhr</i>
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Indikationssprechstunde <i>Dienstag, Donnerstag und Freitag von 10:00 Uhr bis 11:00 Uhr</i>

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

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



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

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	37
2	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	23
3	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	13
4	5-787.0r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Fibula distal	11
5	5-787.0c	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Phalangen Hand	8
6	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	8
7	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	8
8	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	7
9	5-842.70	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen und mehreren Arteriolyse: Ein Finger	7
10	5-796.kb	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	6
11	5-790.2b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	6
12	5-841.15	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	6
13	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	6
14	5-842.71	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen und mehreren Arteriolyse: Mehrere Finger	6
15	5-787.06	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius distal	5
16	5-787.k0	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	4
17	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	4
18	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	4
19	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	4
20	5-810.07	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Handgelenk n.n.bez.	< 4
21	5-842.1	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziotomie, perkutan	< 4
22	1-502.7	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Fuß	< 4
23	5-787.11	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Humerus proximal	< 4
24	5-787.kb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Metakarpale	< 4
25	5-787.kc	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Phalangen Hand	< 4
26	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	< 4
27	5-787.1n	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	< 4
28	5-787.16	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Radius distal	< 4
29	5-787.36	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	< 4
30	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	68
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	44
3	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	37
4	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	19
5	5-841	Operationen an Bändern der Hand	14
6	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	14
7	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	13
8	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	12
9	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	9
10	5-849	Andere Operationen an der Hand	6
11	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	4
12	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	4
13	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
14	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
15	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	< 4
16	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	< 4
17	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
18	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
19	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
20	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4
21	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4

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

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

## B-[1500].11 Personelle Ausstattung

### B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt	7,85	Fälle je VK/Person	129,93631
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 7,85	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	7,85
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>			
Gesamt	5,85	Fälle je VK/Person	174,358978
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 5,85	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	5,85

**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 0

**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	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/gynaekologie-und-geburtshilfe">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/gynaekologie-und-geburtshilfe</a>

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

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

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

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VG06 - Gynäkologische Chirurgie
- 2 VG12 - Geburtshilfliche Operationen
- 3 VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
- 4 VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
- 5 VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
- 6 VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
- 7 VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
- 8 VG16 - Urogynäkologie
- 9 VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
- 10 VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
- 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	1026
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	211
2	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	60
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	55
4	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	45
5	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	34
6	N81.1	Zystozele	22
7	O48	Übertragene Schwangerschaft	21
8	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	16
9	D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]	15
10	O20.0	Drohender Abort	15
11	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	13
12	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	13
13	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	13
14	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	12
15	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	12
16	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	12
17	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	11
18	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	11
19	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	10
20	O32.1	Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage	10
21	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	9
22	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	9
23	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	9
24	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	8
25	D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie	8
26	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	8
27	O99.5	Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	8
28	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	7
29	O99.6	Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	7
30	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	6

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	211
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	135
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	55
4	O42	Vorzeitiger Blasensprung	53
5	N81	Genitalprolaps bei der Frau	38
6	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	26
7	O48	Übertragene Schwangerschaft	21
8	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	21
9	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	20
10	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	18
11	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	15
12	D48	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	15
13	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	15
14	O70	Dammriss unter der Geburt	14
15	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	13
16	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	13
17	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	12
18	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	12
19	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	12
20	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	11
21	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	11
22	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	10
23	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	10
24	D25	Leiomyom des Uterus	9
25	D61	Sonstige aplastische Anämien	8
26	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	8
27	O23	Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	7
28	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	7
29	O03	Spontanabort	7
30	O00	Extrauterin gravidität	7

**B-[2400].6.2 Kompetenzdiagnosen**

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	204
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	147
3	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	134
4	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	127
5	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	98
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	69
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	61
8	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	51
9	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	47
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	44
11	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	44
12	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	41
13	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	39
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	38
15	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	36
16	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	35
17	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	33
18	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	31
19	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	31
20	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	31
21	8-179.x	Andere therapeutische Spülungen: Sonstige	30
22	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	30
23	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	29
24	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	29
25	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	28
26	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	27
27	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	25
28	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	24
29	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	21
30	5-870.a3	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	20



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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	261
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	204
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	147
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	145
5	5-749	Andere Sectio caesarea	105
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	98
7	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	78
8	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	77
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	69
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	61
11	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	59
12	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	51
13	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	44
14	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	41
15	3-100	Mammographie	39
16	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	36
17	5-738	Episiotomie und Naht	33
18	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	33
19	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	32
20	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	31
21	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	31
22	8-179	Andere therapeutische Spülungen	30
23	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	29
24	5-653	Salpingoovariektomie	20
25	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	20
26	5-889	Andere Operationen an der Mamma	19
27	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	19
28	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	19
29	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	19
30	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	17

**B-[2400].7.2 Kompetenzprozeduren**

## B-[2400].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. §	Geburtsplanung
2	31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. §	<i>nach telefonischer Anmeldung im Kreißsaal</i>
3	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	132
2	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	95
3	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	48
4	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	38
5	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	13
6	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
7	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	8
8	5-702.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	5
9	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	4
10	1-571.1	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Cervix uteri	< 4
11	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	< 4
12	5-671.01	Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	< 4
13	5-681.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	< 4
14	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
15	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
16	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
17	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	< 4
18	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	< 4
19	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	< 4
20	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	< 4
21	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
22	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	156
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	132
3	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	38
4	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	10
5	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	8
6	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	6
7	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	4
8	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	< 4
9	1-571	Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision	< 4
10	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
11	5-653	Salpingoovariektomie	< 4
12	5-661	Salpingektomie	< 4
13	5-671	Konisation der Cervix uteri	< 4
14	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
15	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
16	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
17	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	< 4
18	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4
19	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	< 4

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung      Ja  
 vorhanden  
 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	7,24	Fälle je VK/Person	141,7127
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 7,24	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	7,24

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	4	Fälle je VK/Person	256,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	4

#### 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 Tumorthherapie
- 2 ZF28 - Notfallmedizin

## B-[2400].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt		10,38	Fälle je VK/Person	98,84393
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,38	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,38

### Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	513
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,77	Fälle je VK/Person	579,661
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,77	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,77

### Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,79	Fälle je VK/Person	573,1844
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,79	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,79

#### 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	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/kinder-und-jugendmedizin">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/kinder-und-jugendmedizin</a>

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

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

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl	568
Teilstationäre Fallzahl	0

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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	53
2	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	38
3	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	32
4	J06.8	Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege	28
5	K59.01	Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung	24
6	J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	19
7	A08.2	Enteritis durch Adenoviren	16
8	A08.3	Enteritis durch sonstige Viren	12
9	J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	10
10	J20.6	Akute Bronchitis durch Rhinoviren	8
11	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	8
12	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	8
13	B34.9	Virusinfektion, nicht näher bezeichnet	8
14	P70.4	Sonstige Hypoglykämie beim Neugeborenen	7
15	J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	7
16	J03.8	Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	7
17	J04.0	Akute Laryngitis	7
18	P22.8	Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	7
19	J21.0	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	6
20	J03.0	Streptokokken-Tonsillitis	6
21	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	6
22	R55	Synkope und Kollaps	6
23	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	5
24	H66.0	Akute eitrige Otitis media	5
25	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	5
26	K29.1	Sonstige akute Gastritis	5
27	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	5
28	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	5
29	P92.2	Trinkunlust beim Neugeborenen	4
30	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	4



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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	70
2	S06	Intrakranielle Verletzung	53
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	34
4	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	32
5	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	31
6	J20	Akute Bronchitis	30
7	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	20
8	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	20
9	J03	Akute Tonsillitis	13
10	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	12
11	P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	12
12	J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	10
13	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	8
14	P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	8
15	J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	8
16	J21	Akute Bronchiolitis	8
17	K35	Akute Appendizitis	8
18	K29	Gastritis und Duodenitis	6
19	R55	Synkope und Kollaps	6
20	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6
21	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	6
22	G40	Epilepsie	5
23	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	5
24	P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	5
25	G43	Migräne	5
26	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	5
27	D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	4
28	R51	Kopfschmerz	4
29	L03	Phlegmone	4
30	P59	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	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	102
2	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	29
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	24
4	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	22
5	8-010.3	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen: Intravenös, kontinuierlich	21
6	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	19
7	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	15
8	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	13
9	8-711.00	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck [CPAP]: Bei Neugeborenen (1. bis 28. Lebenstag)	9
10	8-560.2	Lichttherapie: Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)	8
11	1-710	Ganzkörperplethysmographie	8
12	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	8
13	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	6
14	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	6
15	3-84x	Andere Magnetresonanz-Spezialverfahren	5
16	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	5
17	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	4
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4
19	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
20	3-200	Native Computertomographie des Schädels	< 4
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
22	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
23	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	< 4
24	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. Lebenstag)	< 4
25	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	< 4
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
27	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	< 4
28	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	< 4
29	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	< 4

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
30	5-790.k0	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	< 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	126
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	29
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	24
4	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	21
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	19
6	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	15
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	13
8	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	12
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	10
10	1-710	Ganzkörperplethysmographie	8
11	8-560	Lichttherapie	8
12	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	8
13	8-547	Andere Immuntherapie	6
14	5-470	Appendektomie	6
15	3-84x	Andere Magnetresonanz-Spezialverfahren	5
16	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	4
17	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	4
18	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
19	3-200	Native Computertomographie des Schädels	< 4
20	8-701	Einfache endotracheale Intubation	< 4
21	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	< 4
22	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	< 4
23	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4
24	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
25	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	< 4
26	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
27	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	< 4
28	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
29	9-401	Psychosoziale Interventionen	< 4
30	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	< 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	4,7	Fälle je VK/Person	120,851067
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 4,7	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	4,7

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	1,4	Fälle je VK/Person	405,7143
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 1,4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	1,4

### 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

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

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	568
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

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

Gesamt		4,82	Fälle je VK/Person	117,842323
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,82	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4,82

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		0,77	Fälle je VK/Person	737,662354
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,77	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,77

#### 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	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/allgemein-viszeral-und-gefaesschirurgie">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/allgemein-viszeral-und-gefaesschirurgie</a>
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	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/allgemein-viszeral-und-gefaesschirurgie">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/allgemein-viszeral-und-gefaesschirurgie</a>

### 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	1362
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	104
2	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	71
3	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	51
4	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	43
5	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	34
6	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	33
7	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	30
8	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	24
9	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	24
10	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	23
11	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	22
12	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	21
13	K61.0	Analabszess	21
14	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	20
15	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	19
16	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	19
17	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	19
18	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	17
19	K60.1	Chronische Analfissur	17
20	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	16
21	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	16
22	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	16
23	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	16
24	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	15
25	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	14
26	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	14
27	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	12
28	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	12
29	A46	Erysipel [Wundrose]	12
30	K60.3	Analfistel	12



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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	163
2	K80	Cholelithiasis	118
3	I70	Atherosklerose	111
4	K57	Divertikulose des Darmes	57
5	I83	Varizen der unteren Extremitäten	56
6	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	55
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	51
8	K43	Hernia ventralis	40
9	K35	Akute Appendizitis	37
10	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	36
11	K42	Hernia umbilicalis	36
12	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	30
13	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	28
14	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	28
15	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	25
16	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	23
17	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	23
18	L05	Pilonidalzyste	22
19	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	22
20	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	19
21	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	17
22	K85	Akute Pankreatitis	17
23	K44	Hernia diaphragmatica	16
24	A46	Erysipel [Wundrose]	12
25	L03	Phlegmone	12
26	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	12
27	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	10
28	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	10
29	K29	Gastritis und Duodenitis	10
30	K26	Ulcus duodeni	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	520
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	355
3	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	145
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	127
5	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm² bis unter 200 cm²	97
6	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	91
7	8-179.x	Andere therapeutische Spülungen: Sonstige	88
8	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	81
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	80
10	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	79
11	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	79
12	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	73
13	3-608	Superselektive Arteriographie	72
14	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	69
15	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	67
16	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	62
17	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	62
18	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	57
19	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsilyse: Offen chirurgisch	54
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	54
21	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	52
22	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	52
23	8-701	Einfache endotracheale Intubation	52
24	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	52
25	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	46
26	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	46
27	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	44
28	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	44
29	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	44
30	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	40

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	520
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	355
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	317
4	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	201
5	5-469	Andere Operationen am Darm	186
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	164
7	1-650	Diagnostische Koloskopie	162
8	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	159
9	5-916	Temporäre Weichteildeckung	142
10	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	110
11	5-511	Cholezystektomie	109
12	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	102
13	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	93
14	8-179	Andere therapeutische Spülungen	88
15	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	82
16	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	81
17	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	79
18	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	76
19	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	73
20	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	73
21	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	72
22	3-608	Superselektive Arteriographie	72
23	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	72
24	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	69
25	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	68
26	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	67
27	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	65
28	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	65
29	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	62
30	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	58

**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)	87
2	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	12
3	5-399.6	Andere Operationen an Blutgefäßen: Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
4	5-852.90	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Kopf und Hals	< 4
5	5-492.01	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Tief	< 4
6	5-401.10	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Ohne Markierung	< 4
7	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	< 4
8	5-852.97	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	< 4
9	5-850.a1	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Schulter und Axilla	< 4
10	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	< 4
11	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	< 4
12	1-502.3	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterarm und Hand	< 4
13	1-502.1	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion	< 4
14	5-385.90	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	< 4
15	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	< 4
16	1-502.6	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	< 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	102
2	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	4
3	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
4	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
5	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	< 4
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
7	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
8	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 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	9,1	Fälle je VK/Person	149,670319
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 9,1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	9,1

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt	7	Fälle je VK/Person	194,571426
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 7	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	7

#### 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

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

Gesamt		9,91	Fälle je VK/Person	137,436935
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	9,91	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	9,91

### Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	681
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1,67	Fälle je VK/Person	815,5689
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,67	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,67

### 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	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/geriatrie">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/geriatrie</a>

### 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	872
Teilstationäre Fallzahl	0



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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	56
2	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	42
3	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	29
4	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	25
5	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	24
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	24
7	N30.0	Akute Zystitis	21
8	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	21
9	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	17
10	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	14
11	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	14
12	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	14
13	G40.8	Sonstige Epilepsien	12
14	R55	Synkope und Kollaps	11
15	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	10
16	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	9
17	I95.1	Orthostatische Hypotonie	9
18	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	8
19	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	7
20	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	7
21	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	7
22	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	7
23	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	7
24	J44.09	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	7
25	A49.8	Sonstige bakterielle Infektionen nicht näher bezeichneter Lokalisation	7
26	N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	7
27	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	7
28	S32.5	Fraktur des Os pubis	7
29	F05.1	Delir bei Demenz	7
30	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	6

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Hirnfarkt	76
2	S72	Fraktur des Femurs	65
3	E86	Volumenmangel	56
4	I50	Herzinsuffizienz	48
5	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	41
6	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	35
7	G40	Epilepsie	33
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	25
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	24
10	N30	Zystitis	21
11	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	18
12	N17	Akutes Nierenversagen	16
13	S06	Intrakranielle Verletzung	15
14	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	14
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	13
16	H81	Störungen der Vestibularfunktion	12
17	R55	Synkope und Kollaps	11
18	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	10
19	I95	Hypotonie	9
20	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	9
21	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	9
22	A41	Sonstige Sepsis	8
23	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	8
24	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	8
25	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	7
26	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	7
27	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	7
28	M54	Rückenschmerzen	7
29	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
30	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	7

**B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen**

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

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	383
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	380
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	343
4	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	218
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	147
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	128
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	106
8	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	85
9	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	78
10	8-98b.30	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden	78
11	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	76
12	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	73
13	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	61
14	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	47
15	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	40
16	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	34
17	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	33
18	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	31
19	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	29
20	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	28
21	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	27
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	27
23	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	26
24	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	22
25	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	20
26	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	18
27	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	15
28	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	14
29	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	13
30	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	13

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	434
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	430
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	380
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	343
5	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	218
6	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	147
7	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	85
8	8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	80
9	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	76
10	8-390	Lagerungsbehandlung	61
11	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	47
12	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	40
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	34
14	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	34
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	32
16	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	30
17	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	28
18	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	26
19	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	21
20	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	20
21	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	17
22	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	15
23	1-650	Diagnostische Koloskopie	15
24	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	14
25	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	14
26	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	13
27	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	12
28	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	12
29	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	12
30	3-202	Native Computertomographie des Thorax	12

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

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

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

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	2,56	Fälle je VK/Person	340,625
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 2,56	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	2,56
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>			
Gesamt	2,56	Fälle je VK/Person	340,625
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 2,56	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	2,56

**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  
 3 ZF30 - Palliativmedizin

**B-[0100].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

39

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

Gesamt		9,21	Fälle je VK/Person	94,6797
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	9,21	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	9,21

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		1,9	Fälle je VK/Person	458,947357
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,9	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,9

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

Gesamt		4	Fälle je VK/Person	218
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	4

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	290,666656
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3

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

Gesamt		0,9	Fälle je VK/Person	968,8889
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,9	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,9

**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
- 1 ZP03 - Diabetes
- 2 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	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/kardiologie-und-angiologie">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilungen-zentren/kardiologie-und-angiologie</a>

### 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

*Herzschrittmacher- und Defibrillator-Sprechstunde, Privatsprechstunde*

#### 2 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten

VI00 - („Sonstiges“): Herzkatheterlabor

#### 3 *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*

#### 4 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

#### 5 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

#### 6 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

#### 7 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

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

Vollstationäre Fallzahl 1765

Teilstationäre Fallzahl 0



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

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	139
2	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	127
3	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	126
4	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	111
5	I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt	80
6	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	80
7	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	70
8	I20.0	Instabile Angina pectoris	67
9	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	52
10	I95.1	Orthostatische Hypotonie	47
11	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	41
12	R55	Synkope und Kollaps	26
13	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	25
14	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	24
15	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	23
16	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	21
17	I21.41	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt	21
18	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	19
19	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	19
20	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	19
21	I48.3	Vorhofflattern, typisch	19
22	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	18
23	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	18
24	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	17
25	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	16
26	E86	Volumenmangel	15
27	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	15
28	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	15
29	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	15
30	R07.2	Präkordiale Schmerzen	14

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	386
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	217
3	I20	Angina pectoris	198
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	135
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	66
6	I95	Hypotonie	59
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	57
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	45
9	I11	Hypertensive Herzkrankheit	43
10	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	32
11	R07	Hals- und Brustschmerzen	32
12	I26	Lungenembolie	30
13	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	28
14	R55	Synkope und Kollaps	26
15	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	26
16	I47	Paroxysmale Tachykardie	25
17	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	23
18	R00	Störungen des Herzschlages	18
19	E86	Volumenmangel	15
20	J20	Akute Bronchitis	15
21	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	14
22	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	12
23	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	12
24	N17	Akutes Nierenversagen	11
25	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	11
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	10
27	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	10
28	I33	Akute und subakute Endokarditis	9
29	A41	Sonstige Sepsis	9
30	I70	Atherosklerose	7

**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]	1096
2	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	391
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	276
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	263
5	8-83b.c5	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs ohne Anker	213
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	210
7	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	178
8	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	162
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	159
10	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	156
11	3-200	Native Computertomographie des Schädels	132
12	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	130
13	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	130
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	117
15	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	101
16	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	99
17	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	98
18	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	92
19	5-934.0	Verwendung von MRT-fähigem Material: Herzschrittmacher	85
20	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	85
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	80
22	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	77
23	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	75
24	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	61
25	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	55

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	53
27	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	52
28	1-710	Ganzkörperplethysmographie	51
29	5-377.31	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation	46
30	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	46

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	1096
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	788
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	468
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	416
5	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	355
6	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	276
7	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	183
8	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	159
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	132
10	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	130
11	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	117
12	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	115
13	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	104
14	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	103
15	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	101
16	8-547	Andere Immuntherapie	85
17	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	81
18	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	77
19	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	76
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	61
21	8-854	Hämodialyse	60
22	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	57
23	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	52
24	1-710	Ganzkörperplethysmographie	51
25	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	46
26	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	43
27	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	41
28	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	36
29	8-701	Einfache endotracheale Intubation	31

## 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

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

## 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		10,6	Fälle je VK/Person	166,50943
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,6	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,6

#### – davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,6	Fälle je VK/Person	315,1786
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,6	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,6

#### 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

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

Gesamt		12,51	Fälle je VK/Person	141,087128
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	12,51	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	12,51

### Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	882,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	882,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

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

Gesamt		0,81	Fälle je VK/Person	2179,01245
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,81	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,81

### 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	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/haematologie-onkologie-und-diabetologie">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/haematologie-onkologie-und-diabetologie</a>
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	<a href="https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/haematologie-onkologie-und-diabetologie">https://kmg-kliniken.de/kmg-klinikum-luckenwalde/fachabteilung-gen-zentren/haematologie-onkologie-und-diabetologie</a>



## B-[0100-9Abte].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

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

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

### # Medizinische Leistungsangebote

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

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

Vollstationäre Fallzahl	2026
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	78
2	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	38
3	E86	Volumenmangel	37
4	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	32
5	C90.20	Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	32
6	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	31
7	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	31
8	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	30
9	K92.1	Meläna	30
10	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	30
11	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	30
12	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	29
13	K29.1	Sonstige akute Gastritis	29
14	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	28
15	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	27
16	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	27
17	A46	Erysipel [Wundrose]	25
18	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	24
19	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	24
20	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	24
21	C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II	24
22	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	22
23	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	22
24	C45.1	Mesotheliom des Peritoneums	21
25	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	20
26	C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	19
27	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	16
28	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	16
29	A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	15
30	C22.0	Leberzellkarzinom	15

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

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	116
2	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	111
3	K29	Gastritis und Duodenitis	59
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	51
5	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	50
6	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	42
7	C43	Bösartiges Melanom der Haut	41
8	K57	Divertikulose des Darmes	38
9	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	38
10	D46	Myelodysplastische Syndrome	38
11	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	38
12	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	37
13	E86	Volumenmangel	37
14	D50	Eisenmangelanämie	36
15	C82	Follikuläres Lymphom	36
16	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	32
17	K70	Alkoholische Leberkrankheit	32
18	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	30
19	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	29
20	K85	Akute Pankreatitis	29
21	C16	Bösartige Neubildung des Magens	29
22	C83	Nicht follikuläres Lymphom	28
23	A46	Erysipel [Wundrose]	25
24	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	24
25	C92	Myeloische Leukämie	24
26	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	24
27	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	23
28	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	22
29	C91	Lymphatische Leukämie	22
30	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	21

**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	838
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	520
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	515
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	378
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	368
6	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	307
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	295
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	290
9	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	281
10	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	263
11	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	182
12	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	172
13	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	162
14	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	157
15	3-200	Native Computertomographie des Schädels	154
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	147
17	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	122
18	8-831.00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine zentrale Vene in ein zentralvenöses Gefäß, anterograd	117
19	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	115
20	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	110
21	3-202	Native Computertomographie des Thorax	83
22	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	78
23	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	74
24	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	73
25	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	69
26	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	67
27	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	60
28	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	59
29	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	57
30	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	55

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1220
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	838
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	546
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	515
5	8-547	Andere Immuntherapie	465
6	1-650	Diagnostische Koloskopie	413
7	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	397
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	378
9	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	293
10	8-390	Lagerungsbehandlung	162
11	3-200	Native Computertomographie des Schädels	154
12	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	149
13	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	134
14	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	129
15	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	125
16	5-469	Andere Operationen am Darm	123
17	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	115
18	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	113
19	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	111
20	6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	108
21	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	103
22	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	96
23	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	84
24	3-202	Native Computertomographie des Thorax	83
25	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	78
26	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	73
27	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	73
28	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	73
29	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	67
30	8-854	Hämodialyse	63

**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	797
2	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	460
3	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	382
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	195
5	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	70
6	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	63
7	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	61
8	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	55
9	5-452.73	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Endoskopische Mukosaresektion	44
10	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	12
11	1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	< 4
12	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	< 4

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

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	1318
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	437
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	385
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 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	4	Fälle je VK/Person	506,5
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 4	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	4
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>			
Gesamt	3	Fälle je VK/Person	675,3333
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 3	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	3

**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

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

Gesamt		9,3	Fälle je VK/Person	217,849457
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	9,3	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	9,3

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		0,9	Fälle je VK/Person	2251,111
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,9	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,9

**Pflegefachfrau/Pflegefachmann (3 Jahre Ausbildungsdauer)**

Gesamt		2	Fälle je VK/Person	1013
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Gesamt		2,9	Fälle je VK/Person	698,620667
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,9	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,9

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

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	67533,3359
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,03	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,03

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		0,5	Fälle je VK/Person	4052
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,5	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	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
- 2 ZP03 - Diabetes  
*z. B. Diabetesberatung*

#### **B-[0100-9Abte].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## C Qualitätssicherung

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

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

##### 09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	69
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	69

##### 09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	18
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	18

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

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	5

##### 09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14

##### 09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	9
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	9

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

Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6

##### 15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	58
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	58

##### 16/1 - Geburtshilfe

Fallzahl	256
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	256

##### 17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Fallzahl	38
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	38

##### 18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	89
----------	----

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	89

**CHE - Cholezystektomie**

Fallzahl	90
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	90

**DEK - Dekubitusprophylaxe**

Fallzahl	131
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	131

**HEP - Hüftendoprothesenversorgung**

Fallzahl	51
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	51

**HEP\_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation**

Fallzahl	47
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	47

**HEP\_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel**

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10

**KEP - Knieendoprothesenversorgung**

Fallzahl	5
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4

**KEP\_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation**

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz

**KEP\_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel**

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz

**NEO - Neonatologie**

Fallzahl	23
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	23

**PCI\_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)**

Fallzahl	429
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	429

**C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

### 1. 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
	<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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,95

Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 6,88

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 2. 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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG,

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 1,92
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 3. 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)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58002</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 3,14
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### **4. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58003</b>
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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 2,41
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

##### 5. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58001</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,48 - 2,36
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	5,25
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 6. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>58005</b>
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase

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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,90
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 2,40
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**7. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

**Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

**58006**

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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis

1,00

Vertrauensbereich bundesweit

0,97 - 1,04

Rechnerisches Ergebnis

0,62

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,13 - 1,98

**Fallzahl**

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

&lt;= 1,05 (95. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

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

**Ergebnis-ID****52009**

Leistungsbereich

DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis

1,06

Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,87 - 1,54

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	9386
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	40,67

**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

**9. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit %

Bundesergebnis 0,35

Vertrauensbereich bundesweit 0,35 - 0,35

Rechnerisches Ergebnis 0,38

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,28 - 0,53

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	9386
Beobachtete Ereignisse	36

**10. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,15
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9386
Beobachtete Ereignisse	7

**11. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**12. 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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
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	D80
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

**Ergebnis-ID****51906**

## Leistungsbereich

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

## Art des Wertes

QI

## Bezug zum Verfahren

DeQS

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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,80
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,43
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
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

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und



## Fachlicher Hinweis IQTIG

ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,32

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	16
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

**15. 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

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 33,04

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**16. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**17. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine

Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**18. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60685</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,18

#### **Fallzahl**

Grundgesamtheit	15
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

**19. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60686</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**20. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>612</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,84 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	$\geq 81,46$ % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 21. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52283</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Einheit	%

Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,51

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**22. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Rechnerisches Ergebnis	15,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	6,65 - 30,92

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	5

**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

**23. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54015</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06

Rechnerisches Ergebnis	0,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 1,40
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	6,46
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**24. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54016</b>
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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>



können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,74
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,39
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54017</b>
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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	3,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,43 - 4,53
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**26. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54018</b>
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

## 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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	2,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,84 - 4,76
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,90
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

**Ergebnis-ID**

**54019**

**Leistungsbereich**

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

**Art des Wertes**

QI

**Bezug zum Verfahren**

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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**

0,90 - 0,96

**Rechnerisches Ergebnis**

2,28

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 10,05
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**28. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	2,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,42 - 3,39

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	2,75

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A72
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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

Fachlicher Hinweis IQTIG

für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	5,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,59 - 8,76
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	0,90

**30. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191801_54120</b>
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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch</p>

verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 2,76
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG,</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	



Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 1,36
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**32. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54013</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende</p>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	3,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,66 - 17,14
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**33. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191914</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: „Methodische

Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

0,94

Vertrauensbereich bundesweit

0,91 - 0,97

Rechnerisches Ergebnis

0,96

Vertrauensbereich Krankenhaus

0,33 - 2,50

#### Fallzahl

Grundgesamtheit

Datenschutz

Beobachtete Ereignisse

Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

**34. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig 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

## 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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	2,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,38 - 7,06
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**35. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation**

**Ergebnis-ID** **54030**

Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	7,57
Vertrauensbereich bundesweit	7,37 - 7,78
Rechnerisches Ergebnis	13,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	5,75 - 27,33
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	5
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54033</b>
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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 1,15
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	$\leq 2,37$ (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**37. 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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich Krankenhaus

**Fallzahl****54029**

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  
 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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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/>

1,01

0,96 - 1,07

2,23

0,62 - 7,33

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**38. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54042</b>
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	<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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG,</p>



Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 2,15
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	6,44
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54046</b>
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
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> 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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 2,61

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>141800</b>
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
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>131801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von

Art des Wertes	Herzrhythmusstörungen
Bezug zum Verfahren	QI
	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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	0,97
Bundesergebnis	0,93 - 1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,99
Rechnerisches Ergebnis	0,56 - 5,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 3,12 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52316</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 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 System-wechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239- 254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,79 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 58

Beobachtete Ereignisse 58

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**Referenzbereich  $\geq 90,00\%$ 

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar**43. 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

Einheit %

Bundesergebnis 0,65

Vertrauensbereich bundesweit 0,55 - 0,77

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 21,53

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 14

Beobachtete Ereignisse 0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr N02

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar**44. 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 systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 19,34
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,16
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51186</b>
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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 70,03
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>46. 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)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132001</b>
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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

0,97

## Vertrauensbereich bundesweit

0,90 - 1,05

## Rechnerisches Ergebnis

1,21

## Vertrauensbereich Krankenhaus

0,07 - 5,32

## Fallzahl

## Grundgesamtheit

Datenschutz



Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**47. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132002</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw.</p>

Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/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	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 24,28
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,15
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,62 (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. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>132003</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64
Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,91 - 97,76
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	7
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>151800</b>
--------------------	---------------

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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,63
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52324</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

N02

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

**51. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)****Ergebnis-ID****51196**

Leistungsbereich

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

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Bundesergebnis	0,76
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,87

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 4,62 (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. 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
Einheit	%

Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,59

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

**Ergebnis-ID** 54143

Leistungsbereich HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und

## Fachlicher Hinweis IQTIG

konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,41
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	48
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101800</b>
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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 2,69
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,59
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,30 (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. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten	

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 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	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	96,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,59 - 98,31
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	241
Beobachtete Ereignisse	233
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101801</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und



## Fachlicher Hinweis IQTIG

konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,27
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	$\leq 2,60 \%$
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52311</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/>

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	3,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,20 - 9,66
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51191</b>
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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,54
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,03
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**59. 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**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

**2194**HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines  
Herzschrittmachers

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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

Vertrauensbereich bundesweit

0,99

0,96 - 1,03

Rechnerisches Ergebnis	0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 2,52
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**60. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2195</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Ja	<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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,38
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,26
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>102001</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>121800</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 43,45
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52315</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51404</b>
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 63,09
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
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

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

**Ergebnis-ID**

**54028**

Leistungsbereich

KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,47

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**66. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	98,65
Vertrauensbereich bundesweit	98,57 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	92,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,87 - 97,79

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	36

**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

**67. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>212000</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	96,20
Vertrauensbereich bundesweit	95,73 - 96,62
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,78 - 99,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 94,85 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**68. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>212001</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	88,66
Vertrauensbereich bundesweit	88,27 - 89,05
Rechnerisches Ergebnis	93,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,31 - 99,32
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	15
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 70,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**69. 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.**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52330</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,73 - 99,04
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,84 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14

Beobachtete Ereignisse	14
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**70. 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.**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52279</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,97
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,60 - 100,00

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	45
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2163</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	TKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,17
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 33,04
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
<b>72. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50719</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	3,04
Vertrauensbereich bundesweit	2,62 - 3,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

### 73. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51847</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	97,33
Vertrauensbereich bundesweit	97,14 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,74 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	13
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 74. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51370</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	1,64
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 1,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**75. Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>211800</b>
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	99,63
Vertrauensbereich bundesweit	99,58 - 99,68
Rechnerisches Ergebnis	100



Vertrauensbereich Krankenhaus 90,16 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 24

Beobachtete Ereignisse 24

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich  $\geq 98,69\%$  (5. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**76. Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.**

**Ergebnis-ID 212400**

Leistungsbereich MC - Operation an der Brust

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit %

Bundesergebnis 80,10

Vertrauensbereich bundesweit 79,81 - 80,39

Rechnerisches Ergebnis 100

Vertrauensbereich Krankenhaus 93,12 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 35

Beobachtete Ereignisse 35

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich  $\geq 38,35\%$  (5. Perzentil)

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**77. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Rechnerisches Ergebnis	54,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	26,99 - 80,03
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	6
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**78. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56004</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein.

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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 79. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56008</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,58
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	432
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	

Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 80. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

### Einheit

%

### Bundesergebnis

95,08

### Vertrauensbereich bundesweit

94,86 - 95,30

### Rechnerisches Ergebnis

95,45

Vertrauensbereich Krankenhaus	80,66 - 99,51
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	21
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**81. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56100</b>
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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für</p>

das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	1,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,76 - 3,13

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	39
-----------------	----

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**82. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA

Fachlicher Hinweis IQTIG

zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,57 - 2,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	48
-----------------	----

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**83. 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 Ärzten 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung

Fachlicher Hinweis IQTIG

möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: <https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	88,71
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,10 - 91,88
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	109
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### **84. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56104</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist



## Fachlicher Hinweis IQTIG

dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	86,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,56 - 88,44
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	109
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 85. 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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56105</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	83,93
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,27 - 85,52
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	109
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56106</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG

Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	74,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,71 - 77,42
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	87
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**87. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56107</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG

Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	90
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,32 - 95,67
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	76
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**88. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	75,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	69,93 - 80,94
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	87
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 89. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

Punkte

Bundesergebnis

84,20

Vertrauensbereich bundesweit

84,01 - 84,39

Rechnerisches Ergebnis

81,17

Vertrauensbereich Krankenhaus

76,08 - 85,79

### Fallzahl

Grundgesamtheit

87

### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**90. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff 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

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Rechnerisches Ergebnis	91,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,10 - 97,14
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	17
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56111</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die
Fachlicher Hinweis IQTIG	



Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Rechnerisches Ergebnis	79,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,93 - 82,69
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	109
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56112</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der
Fachlicher Hinweis IQTIG	

Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Rechnerisches Ergebnis	60,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	54,61 - 65,58
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	45
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### **93. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56113</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs

festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Rechnerisches Ergebnis	47,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	29,13 - 68,36
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**94. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56114</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Rechnerisches Ergebnis	98
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,16 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	24
-----------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**95. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54
Rechnerisches Ergebnis	71,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,08 - 78,90
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	109
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>96. 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</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56116</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,77 - 98,64
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	109
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56117</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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/qi-patientenbefragungen/>. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA\_Patienteninformation-PCI\_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,77 - 1,58
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	87
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**98. 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 stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. 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: <a href="https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/">https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/</a> . Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	1,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,89 - 1,69
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	39
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar



**99. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>330</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	95,02
Vertrauensbereich bundesweit	94,45 - 95,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50045</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,04
Vertrauensbereich bundesweit	99,00 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	97,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,73 - 99,34
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	82
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	

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

### **101. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stollungsverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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</p>

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

Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,97 - 1,37

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	255
Beobachtete Ereignisse	84
Erwartete Ereignisse	72,43

**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

**102. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	19,89
Vertrauensbereich bundesweit	19,70 - 20,08
Rechnerisches Ergebnis	24,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	15,76 - 36,31

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	65
Beobachtete Ereignisse	16

**103. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

## Fachlicher Hinweis IQTIG

(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	34,02
Vertrauensbereich bundesweit	33,69 - 34,35
Rechnerisches Ergebnis	36,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	21,87 - 54,49
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	11

**104. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182301_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

**105. 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**

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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:  
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	4,02
Vertrauensbereich bundesweit	3,93 - 4,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**106. 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**

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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:  
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	7,92
Vertrauensbereich bundesweit	7,69 - 8,16
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**107. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182303_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	6
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6

**108. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182004_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	73,47
Vertrauensbereich bundesweit	73,19 - 73,75
Rechnerisches Ergebnis	71,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	54,63 - 84,44
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	23

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182005_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	93,11
Vertrauensbereich bundesweit	92,72 - 93,48
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182006_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	87,13
Vertrauensbereich bundesweit	86,47 - 87,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

#### **111. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182007_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	10
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	75,51
Vertrauensbereich bundesweit	74,92 - 76,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182008_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.
Fachlicher Hinweis IQTIG	Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	100
Vertrauensbereich bundesweit	99,85 - 100
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182009_52249</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	52249
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:  
<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Einheit	%
Bundesergebnis	47,41
Vertrauensbereich bundesweit	46,87 - 47,95
Rechnerisches Ergebnis	42,86
Vertrauensbereich Krankenhaus	21,38 - 67,41
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	6

#### 114. 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

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,26 - 0,52
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

#### 115. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6

**Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>321</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,27
Vertrauensbereich bundesweit	0,25 - 0,28
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,58
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	239
Beobachtete Ereignisse	0

**116. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6****Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51397</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis
Fachlicher Hinweis IQTIG	

einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,22
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	239
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,61

#### **117. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6**

**Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51831</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit</p>

einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 55,41
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### **118. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>318</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG,

Fachlicher Hinweis IQTIG

	Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,67
Vertrauensbereich bundesweit	96,41 - 96,91
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**119. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität</p>

vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den „Methodischen Grundlagen“ unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	1,18
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,32 - 4,23
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
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

**120. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51808_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803
<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> 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</p>	

## Fachlicher Hinweis IQTIG

beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,23 - 1,60
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 91,47
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	240
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04

**121. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51813_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,62
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	240
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,50

**122. 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)**

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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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



## Fachlicher Hinweis IQTIG

Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	3,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,87 - 11,35
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**123. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51823_51803</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51803

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,18 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,17
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	239
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,53

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

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> 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	

## Fachlicher Hinweis IQTIG

zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,83
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	172
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21

**125. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181801_181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,08
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	156
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13

**126. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181802_181800</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	181800

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 37,86
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

**127. 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**

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

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

Einheit	%
Bundesergebnis	0,12
Vertrauensbereich bundesweit	0,10 - 0,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	

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

**128. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182011</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	2,63
Vertrauensbereich bundesweit	2,53 - 2,74
Rechnerisches Ergebnis	2,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,31 - 6,06

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	211
Beobachtete Ereignisse	6

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 4,66 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**129. 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**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>182014</b>
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI

## Bezug zum Verfahren

## DeQS

Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

## Fachlicher Hinweis IQTIG

## Einheit

%

## Bundesergebnis

8,49

## Vertrauensbereich bundesweit

8,36 - 8,62

## Rechnerisches Ergebnis

24,44

## Vertrauensbereich Krankenhaus

14,24 - 38,67

**Fallzahl**

## Grundgesamtheit

45

## Beobachtete Ereignisse

11

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

## Referenzbereich

&lt;= 11,76 % (95. Perzentil)

## Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

U63

## Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Qualitätsbericht

**130. 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; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**

**Ergebnis-ID****51070**

## Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

## Art des Wertes

TKez

## Bezug zum Verfahren

DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

## Einheit

%

## Bundesergebnis

0,23

## Vertrauensbereich bundesweit

0,20 - 0,27

## Rechnerisches Ergebnis

0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 14,31

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 23

Beobachtete Ereignisse 0

**131. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID 222402**

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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis 0,94

Vertrauensbereich bundesweit 0,81 - 1,09

Rechnerisches Ergebnis 0

Vertrauensbereich Krankenhaus 0,00 - 194,36

**Fallzahl**

Grundgesamtheit 23

Beobachtete Ereignisse 0



Erwartete Ereignisse	0,02
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**132. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51832</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	3,49
Vertrauensbereich bundesweit	3,11 - 3,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**133. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51837</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> 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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**134. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	3,23
Vertrauensbereich bundesweit	2,87 - 3,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**135. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### **136. Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>222200</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### 137. Schwerwiegende Schädigung und Entzündung 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Einheit	%
Bundesergebnis	1,96
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

### 138. Schwerwiegende Schädigung und Entzündung 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**139. Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)**

**Ergebnis-ID** 222400

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**140. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID** 222401

Leistungsbereich PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes TKez

## Bezug zum Verfahren

## DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/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

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

## Bundesergebnis

1,05

## Vertrauensbereich bundesweit

0,87 - 1,27

## Vertrauensbereich Krankenhaus

-

**141. Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern  
(berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

## Ergebnis-ID

222201

## Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

## Art des Wertes

TKez

## Bezug zum Verfahren

## DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Bundesergebnis 0,88  
 Vertrauensbereich bundesweit 0,76 - 1,02  
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

**142. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

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

Einheit %

Bundesergebnis 7,84

Vertrauensbereich bundesweit 7,18 - 8,55

Vertrauensbereich Krankenhaus -

**143. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/> Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	2,25
Vertrauensbereich bundesweit	2,06 - 2,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

#### 144. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	5,40
Vertrauensbereich bundesweit	4,76 - 6,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

#### 145. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der



**Kinder)****Ergebnis-ID**

Leistungsbereich

Art des Wertes

Bezug zum Verfahren

**50052**

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

TKez

DeQS

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

1,10

Vertrauensbereich bundesweit

0,97 - 1,24

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

**146. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, schwerwiegende Schädigungen des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID****51901**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,26
Vertrauensbereich bundesweit	1,19 - 1,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,43 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### 147. 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)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51136_51901</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> 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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**148. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51141_51901</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a> 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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a></p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>149. Schwerwiegende Schädigungen des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51146_51901</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	51901
	<p>In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche</p>

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2

Bundesergebnis

1,01

Vertrauensbereich bundesweit

0,88 - 1,15

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

### 150. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an.

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

<https://iqtig.org/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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung

## Fachlicher Hinweis IQTIG

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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

2,24

Vertrauensbereich bundesweit

2,03 - 2,46

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

### 151. 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

In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/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. Mit Hilfe 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“

Fachlicher Hinweis IQTIG

unter folgendem Link entnommen werden: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 0,87  
 Vertrauensbereich bundesweit 0,71 - 1,06  
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

### 152. 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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG,

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	14,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,55 - 69,25
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U63
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### **153. Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50062</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2</p> <p>Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis</p>



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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,97 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,57
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### **154. Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>222000_50062</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%

Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

#### **155. Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>222001_50062</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

#### **156. Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>222002_50062</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50062
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%

Bundesergebnis	1,37
Vertrauensbereich bundesweit	1,25 - 1,50
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

**157. Ein Hörtest wurde durchgeführt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50063</b>
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/">https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%

Bundesergebnis	98,13
Vertrauensbereich bundesweit	98,04 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	85,13 - 100,00

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	22

**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

**158. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur**

**unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)**

**Ergebnis-ID**

**50069**

Leistungsbereich

PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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

0,96

Vertrauensbereich bundesweit

0,87 - 1,06

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**159. 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

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. Mit Hilfe 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. 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 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: „Methodische Grundlagen“ des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der 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	0,87 - 0,94
Rechnerisches Ergebnis	0,98
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 4,72
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,96 (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

1

MM09:

Leistungserbringung trotz Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund.

Begründung

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

#### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr

Ja

Prüfung durch Landesverbände

Nein

Leistungsmenge im Berichtsjahr

1

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres

40

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

Ja

Leistungsmenge im Berichtsjahr

91

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres

107

## 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.

### C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

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](http://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-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.  
Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.



## **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	58
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	22

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		75 %
1	Allgemeine Chirurgie - A-Station, ACHI - Tagschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 2
2	Allgemeine Chirurgie - A-Station, ACHI - Nachtschicht	100 %
3	Neurologie - C-Station, Geri - Tagschicht	100 %
4	Neurologie - C-Station, Geri - Nachtschicht	100 %
		41,67 %
5	Allgemeine Chirurgie - G-Station, URO - Tagschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 2
		91,67 %
6	Allgemeine Chirurgie - G-Station, URO - Nachtschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 2
7	Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn-Station GYN - Tagschicht	100 %
		91,67 %
8	Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn-Station GYN - Nachtschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 2
		16,67 %
9	Intensivstation - IT Station, ITS - Tagschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 2
		33,33 %
10	Intensivstation - IT Station, ITS - Nachtschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 2
11	Allgemeine Pädiatrie - KIN Station, KIN - Tagschicht	100 %
12	Allgemeine Pädiatrie - KIN Station, KIN - Nachtschicht	100 %
		58,33 %
13	Innere Medizin, Kardiologie - O-Station, Onko1, B-Station, Gastro - Tagschicht	<b>Ausnahmetatbestände:</b> 2
14	Innere Medizin, Kardiologie - O-Station, Onko1, - Nachtschicht	100 %
15	Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station, KARD - Tagschicht	100 %
16	Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station, KARD - Nachtschicht	100 %

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Allgemeine Chirurgie - A-Station, ACHI - Tagschicht	54,64 %
2	Allgemeine Chirurgie - A-Station, ACHI - Nachtschicht	65,57 %
3	Neurologie - C-Station, Geri - Tagschicht	77,32 %
4	Neurologie - C-Station, Geri - Nachtschicht	60,93 %
5	Allgemeine Chirurgie - G-Station, URO - Tagschicht	38,52 %
6	Allgemeine Chirurgie - G-Station, URO - Nachtschicht	57,92 %
7	Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn-Station GYN - Tagschicht	64,48 %
8	Gynäkologie und Geburtshilfe - Gyn-Station GYN - Nachtschicht	80,05 %
9	Intensivstation - IT Station, ITS - Tagschicht	44,54 %
10	Intensivstation - IT Station, ITS - Nachtschicht	50,27 %
11	Allgemeine Pädiatrie - KIN Station, KIN - Tagschicht	81,97 %
12	Allgemeine Pädiatrie - KIN Station, KIN - Nachtschicht	75,96 %
13	Innere Medizin, Kardiologie - O-Station, Onko1, B-Station, Gastro - Tagschicht	54,37 %
14	Innere Medizin, Kardiologie - O-Station, Onko1, B-Station, Gastro - Nachtschicht	84,97 %
15	Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station, KARD - Tagschicht	87,16 %
16	Innere Medizin, Kardiologie - Z-Station, KARD - Nachtschicht	94,54 %

## **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