

Weil Gesundheit  
das Wichtigste ist.



# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	2
A-0 Fachabteilungen .....	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	2
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	7
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	8
A-9 Anzahl der Betten .....	8
A-10 Gesamtfallzahlen .....	9
A-11 Personal des Krankenhauses .....	9
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	11
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	23
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V .....	24
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	26
B-[1] Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie) ....	26
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	26
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	26
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	26
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	27

B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	27
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	28
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	28
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	29
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	30
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	31
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	31
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	32
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	32
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	32
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	32
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	33
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung .....	33
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	33
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	33
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	34
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	34
B-[2]	Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie) .....	34
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	34
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	35
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	35
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	35
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	35
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	36
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	36
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	37

B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	38
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	39
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	40
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	40
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	40
B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	40
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	41
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	41
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung .....	41
B-[2].11.2	Pflegepersonal .....	41
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	42
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	42
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	42
B-[3]	Klinik für Geriatrie .....	42
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	43
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	43
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	43
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	43
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	43
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	44
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	44
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	46
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	46
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	47
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	48
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	48

B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	48
B-[3].11	Personelle Ausstattung .....	48
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	48
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	49
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung .....	49
B-[3].11.2	Pflegepersonal .....	49
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	49
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	50
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	50
B-[4]	Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) .....	50
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	51
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	51
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	51
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	51
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	51
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	52
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	52
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	52
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	52
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	52
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	52
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	53
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	53
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	53
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	53
B-[4].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	53

B-[4].11.1Zusatzweiterbildung .....	54
B-[4].11.2Pflegepersonal .....	54
B-[4].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	54
B-[4].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	54
B-[4].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	55
B-[5] Klinik für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie .....	55
B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	55
B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	56
B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	56
B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	56
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	56
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	57
B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	57
B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig .....	58
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	58
B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	60
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	60
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	61
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	61
B-[5].11 Personelle Ausstattung .....	61
B-[5].11.1Ärzte und Ärztinnen .....	61
B-[5].11.1Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	62
B-[5].11.1Zusatzweiterbildung .....	62
B-[5].11.2Pflegepersonal .....	62
B-[5].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	63
B-[5].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	63

B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	63
B-[6]	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie .....	63
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	64
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	64
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	64
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	65
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	65
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	66
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	67
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	68
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	68
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	70
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	70
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	71
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	71
B-[6].11	Personelle Ausstattung .....	72
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	72
B-[6].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	72
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung .....	72
B-[6].11.2	Pflegepersonal .....	72
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	73
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	73
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	73
B-[7]	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie .....	74
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	74
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	74

B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	74
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	74
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	75
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	76
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	76
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	77
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	78
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	79
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	80
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	80
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	80
B-[7].11	Personelle Ausstattung .....	80
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	81
B-[7].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	81
B-[7].11.1	Zusatzweiterbildung .....	81
B-[7].11.2	Pflegepersonal .....	81
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	82
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	82
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	82
B-[8]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	82
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	82
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	83
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	83
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	83
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	83
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	84



B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	84
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	85
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	86
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	87
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	88
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	88
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	88
B-[8].11	Personelle Ausstattung .....	89
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	89
B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	89
B-[8].11.1	Zusatzweiterbildung .....	89
B-[8].11.2	Pflegepersonal .....	89
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	90
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	90
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	90
B-[9]	Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie) .....	90
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	91
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	91
B-[9].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	91
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	91
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	91
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	92
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	92
B-[9].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	92
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	92
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	94

B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	95
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	95
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	95
B-[9].11	Personelle Ausstattung .....	95
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	96
B-[9].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	96
B-[9].11.1	Zusatzweiterbildung .....	96
B-[9].11.2	Pflegepersonal .....	96
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	97
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	97
B-[9].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	97
B-[10]	Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) .....	98
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	98
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	98
B-[10].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	98
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	99
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	99
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	99
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	99
B-[10].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	99
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	100
B-[10].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	102
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	102
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	102
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	102
B-[10].11	Personelle Ausstattung .....	103

B-[10].11.Ärzte und Ärztinnen .....	103
B-[10].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	103
B-[10].11.Zusatzweiterbildung .....	103
B-[10].11.Pflegepersonal .....	103
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	104
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	104
B-[10].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	104
B-[11] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin .....	104
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	104
B-[11].1.1Fachabteilungsschlüssel .....	105
B-[11].1.2Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	105
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	105
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	105
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	106
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	106
B-[11].6.1Hauptdiagnosen 3-stellig .....	107
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	108
B-[11].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	109
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	110
B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	110
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	110
B-[11].11 Personelle Ausstattung .....	110
B-[11].11.Ärzte und Ärztinnen .....	110
B-[11].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	111
B-[11].11.Zusatzweiterbildung .....	111
B-[11].11.Pflegepersonal .....	111

B-[11].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	111
B-[11].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	112
B-[11].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	112
B-[12] Belegklinik für HNO-Erkrankungen .....	112
B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	113
B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	113
B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	113
B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	114
B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	114
B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	114
B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	114
B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig .....	114
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	115
B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	115
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	116
B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	116
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	116
B-[12].11 Personelle Ausstattung .....	116
B-[12].11.Ärzte und Ärztinnen .....	116
B-[12].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	117
B-[12].11.Zusatzweiterbildung .....	117
B-[12].11.Pflegepersonal .....	117
B-[12].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	117
B-[12].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	117
B-[12].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	118
B-[13] Klinik für Radiologie .....	118

B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	118
B-[13].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	118
B-[13].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	118
B-[13].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	119
B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	119
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	120
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	120
B-[13].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	120
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	120
B-[13].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	121
B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	121
B-[13].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	121
B-[13].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	121
B-[13].11	Personelle Ausstattung .....	122
B-[13].11	Ärzte und Ärztinnen .....	122
B-[13].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	122
B-[13].11	Zusatzweiterbildung .....	122
B-[13].11	Pflegepersonal .....	122
B-[13].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	123
B-[13].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	123
B-[13].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	123
C	Qualitätssicherung .....	123
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	123
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	236
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	237
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	237

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge .....	238
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.239 2 SGB V .....	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 239 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	239
D	Qualitätsmanagement .....	241
D-1	Qualitätspolitik .....	241
D-3	Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements .....	245
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	245
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	246

## Vorwort

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg sind ein Verbund mit den beiden Klinikstandorten Groß-Umstadt und Seeheim-Jugenheim in Trägerschaft des Landkreises Darmstadt-Dieburg. Wir bieten unseren Patienten eine umfassende Vollversorgung, die moderne Medizintechnik und persönliche Zuwendung vereint.

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg, mit rund 450 Betten verfügt über Kliniken für Traumatologie und Orthopädie, Allgemeinchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Anästhesie und Intensivmedizin, Geriatrie, Radiologie, Plastische und Ästhetische Chirurgie/Gesichtschirurgie, Innere Medizin I (Allg. Innere Medizin und Gastroenterologie) und Innere Medizin II (Kardiologie und Angiologie) sowie das Zentrum für akute und postakute Intensivmedizin und das Zentrum für seelische Gesundheit. Neben diesem breiten medizinischen Spektrum zeichnen wir uns durch Innovationen und Standortsicherheit aus.

Die Kreisklinik Groß-Umstadt versorgt auch alle Akutfälle aus der Region. Nach eingehender Untersuchung und Erstbehandlung durch ein speziell geschultes Ärzteteam werden Sie in der zuständigen Fachabteilung bestens versorgt. Ein eigenes Zentrallabor sowie eine Klinik für Radiologie übernehmen rund um die Uhr die notwendige Diagnostik.

In beiden Häusern befinden sich moderne Zimmer mit meist direktem Zugang zum Bad, Fernsehgerät und Telefon sind selbstverständlich, ebenso wie die tägliche Auswahl zwischen verschiedenen Menüs unserer Küche. Die Cafeteria bietet darüber hinaus eine große Auswahl an Speisen und Getränken an.

Der Mensch steht im Mittelpunkt unseres Handelns. An unseren beiden Standorten, der Kreisklinik Groß-Umstadt und der Kreisklinik Jugenheim, bieten wir unseren Patienten mit einem kompetenten Team aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Verwaltungsmitarbeitern eine umfassende Vollversorgung.

## Einleitung

### Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Justina Bergmann, Qualitätsmanagement
Telefon:	06078 79 1005
Fax:	
E-Mail:	j.bergmann@kreiskliniken-dadi.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Christoph Dahmen, Betriebsleiter/ Verwaltungsleiter
Telefon:	06078 79 1001
Fax:	06078 79 1801

E-Mail:

c.dahmen@kreiskliniken-dadi.de

**Links:**

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

<http://www.kreiskliniken-dadi.de>

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie)
2	Hauptabteilung	0300	Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie)
3	Hauptabteilung	0200	Klinik für Geriatrie
4	Hauptabteilung	0260	Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
5	Hauptabteilung	1500	Klinik für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
6	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
7	Hauptabteilung	1900	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie
8	Hauptabteilung	2400	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
9	Hauptabteilung	2900	Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)
10	Hauptabteilung	2960	Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
11	Hauptabteilung	3600	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
12	Belegabteilung	2600	Belegklinik für HNO-Erkrankungen
13	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für Radiologie

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Kreisklinik Groß-Umstadt
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11



IK-Nummer:	260610690
Standort-Nummer:	1
Telefon-Vorwahl:	06078
Telefon:	790
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.kreiskliniken-dadi.de">http://www.kreiskliniken-dadi.de</a>

### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Kreisklinik Groß-Umstadt
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
IK-Nummer:	260610690
Standort-Nummer:	1
E-Mail:	<a href="mailto:info@kreiskliniken-dadi.de">info@kreiskliniken-dadi.de</a>
Standort-URL:	<a href="http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de">http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de</a>

### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	<b>Verwaltungsleitung</b>
Name/Funktion:	Christoph Dahmen, Betriebsleiter
Telefon:	06078 79 1001
Fax:	06078 79 1801
E-Mail:	<a href="mailto:c.dahmen@kreiskliniken-dadi.de">c.dahmen@kreiskliniken-dadi.de</a>

Leitung:	<b>Pflegedienstleitung</b>
Name/Funktion:	Jens Müller-Laupert, Pflegedienstleiter
Telefon:	06078 79 1200
Fax:	06078 79 1801
E-Mail:	<a href="mailto:j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de">j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de</a>

Leitung:	<b>Ärztliche Leitung</b>
Name/Funktion:	Dr. med. Walter Dotzel, Ärztlicher Leiter, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I
Telefon:	06078 79 2100
Fax:	06078 79 1809
E-Mail:	<a href="mailto:w.dotzel@kreiskliniken-dadi.de">w.dotzel@kreiskliniken-dadi.de</a>

### Leitung des Standorts:

Standort:	Kreisklinik Groß-Umstadt
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Christoph Dahmen, Betriebsleiter
Telefon:	06078 79 1001
Fax:	06078 79 1801
E-Mail:	betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

Standort:	Kreisklinik Groß-Umstadt
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Pelin Meyer, Betriebsleiterin, Fachanwältin für Medizinrecht
Telefon:	06078 79 1002
Fax:	06078 79 1801
E-Mail:	betriebsleitung@kreiskliniken-dadi.de

Standort:	Kreisklinik Groß-Umstadt
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Jens Müller-Laupert, Pflegedienstleiter
Telefon:	06078 79 1200
Fax:	06078 79 1801
E-Mail:	j.mueller-laupert@kreiskliniken-dadi.de

Standort:	Kreisklinik Groß-Umstadt
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Walter Dotzel, Ärztlicher Leiter; Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I
Telefon:	06078 79 2100
Fax:	06078 79 1809
E-Mail:	w.dotzel@kreiskliniken-dadi.de

## A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Landkreis Darmstadt-Dieburg
Träger-Art:	öffentlich

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Trifft nicht zu

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale  
 Versorgungsverpflichtung?

Ja

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
2	Wundmanagement
3	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
4	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
5	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
6	Stillberatung
7	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
8	Aromapflege/-therapie
9	Basale Stimulation
10	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
11	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
12	Diät- und Ernährungsberatung
13	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
14	Atemgymnastik/-therapie
15	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
16	Akupunktur
17	Kinästhetik
18	Ergotherapie/Arbeitstherapie
19	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
20	Fußreflexzonenmassage
21	Schmerztherapie/-management

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
22	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
23	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
24	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
25	Manuelle Lymphdrainage
26	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung</i>
27	Massage <i>z. B. Akupunktmassage, Binde- gewebsmassage, Shiatsu</i>
28	Musiktherapie
29	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
30	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>z. B. Erweiterte Ambulante Physio-therapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i>
31	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>z. B. Nordic-Walking</i>
32	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie</i>
33	Spezielle Entspannungstherapie <i>z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais</i>
34	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
35	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
36	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
37	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
38	Akupressur
39	Sozialdienst
40	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
41	Physikalische Therapie/Bädertherapie
42	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
43	Wärme- und Kälteanwendungen

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

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Im Rahmen von Wahlleistungen</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
2	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
3	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
4	Ein-Bett-Zimmer <i>Im Rahmen von Wahlleistungen</i>
5	Seelsorge/spirituelle Begleitung
6	Rooming-in
7	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
8	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
9	Mutter-Kind-Zimmer
10	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Im Rahmen von Wahlleistungen</i>
12	Zwei-Bett-Zimmer <i>Im Rahmen von Wahlleistungen</i>
13	Abschiedsraum

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Um allen unseren Besucherinnen und Besucher den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, ist uns Barrierefreiheit in allen Belangen ein großes Anliegen.

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Christian Flach, Schwerbehindertenbeauftragter
Telefon:	06078 79 4002
Fax:	06078 79 1807
E-Mail:	c.flach@kreiskliniken-dadi.de

### A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>interne Liste von fremdsprachigen Mitarbeitern vorhanden</i>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
2	Besondere personelle Unterstützung
3	Diätetische Angebote
4	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
5	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
6	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
7	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
8	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
9	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
10	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
11	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
12	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
13	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
2	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
3	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Eigene Krankenpflegeschule: <a href="http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/karriere-und-beruf/krankenpflegeschule/index.html">http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/karriere-und-beruf/krankenpflegeschule/index.html</a></i>

Praktikum für Physio-/ Ergotherapie und Logopäden.

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 363

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	11701
Teilstationäre Fallzahl:	379
Ambulante Fallzahl:	18604

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	112,87	111,26	1,61	3,20 <sup>1)</sup>	109,67
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	55,44	55,44	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	55,44
Belegärztinnen und Belegärzte	2				

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	232,60 0,00	224,43 0,00	8,17 0,00	0,00 <sup>1)</sup> 0,00	232,60 0,00
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	31,33 0,00	31,33 0,00	0,00 0,00	0,00 <sup>3)</sup> 0,00	31,33 0,00
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	11				

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,80 0,00	7,80 0,00	0,00 0,00	0,00 <sup>4)</sup> 0,00	7,80 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,20 0,00	15,20 0,00	0,00 0,00	0,00 <sup>5)</sup> 0,00	15,20 0,00

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,  
 Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

<sup>2)</sup> Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

<sup>3)</sup> Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

<sup>4)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>5)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	3,00	3,00	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	3,00
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	2,00	2,00	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	2,00
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	1,00	1,00	0,00	0,00 <sup>3)</sup>	1,00
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	4,20	4,20	0,00	0,00 <sup>4)</sup>	4,20

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis,  
 Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>3)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>4)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistentin und Diätassistent	1,50	1,50	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	1,50
Ergotherapeutin und Ergotherapeut	4,80	4,80	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	4,80
Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge	0,70	0,70	0,00	0,00 <sup>3)</sup>	0,70



Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	4,00	4,00	0,00	0,00	4,00
Heilpraktikerin und Heilpraktiker	0,80	0,80	0,00	0,00	0,80
Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	0,70	0,70	0,00	0,00 <sup>4)</sup>	0,70
Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	7,50	7,50	0,00	0,00 <sup>5)</sup>	7,50
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00
Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	21,90	21,90	0,00	0,00	21,90
Musiktherapeutin und Musiktherapeut	0,30	0,30	0,00	0,00 <sup>6)</sup>	0,30
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	10,20	10,20	0,00	0,00 <sup>7)</sup>	10,20
Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	4,50	4,50	0,00	0,00 <sup>8)</sup>	4,50
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	7,00	7,00	0,00	0,00 <sup>9)</sup>	7,00
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	2,20	2,20	0,00	0,00	2,20

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>3)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>4)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>5)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>6)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>7)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>8)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>9)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

Unsere Klinik gehört dem CLINOTEL-Krankenhausverbund an. Bei CLINOTEL verfolgen leistungsstarke "Non-Profit-Krankenhäuser" das gemeinsame Ziel, beste Medizin und höchste Patientenzufriedenheit zu erreichen. Durch eine kontinuierliche Befragung der stationären Patienten im gesamten Krankenhausverbund wird ein verbundweites Benchmarking ermöglicht. Die Sicht des Patienten liefert ebenfalls wertvolle Hinweise zur Behandlungsqualität im Krankenhaus.

### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Justina Bergmann, Mitarbeiter Qualitätsmanagement
Telefon:	06078 79 1005
Fax:	
E-Mail:	j.bergmann@kreiskliniken-dadi.de

### A-12.1.2 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:	Betriebsleitung, Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung, Betriebsrat, Qualitätsmanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	eigenständige Position für Risikomanagement
--	---

#### Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Justina Bergmann, Mitarbeiter Qualitätsmanagement
Telefon:	06078 79 1005
Fax:	
E-Mail:	j.bergmann@kreiskliniken-dadi.de

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Betriebsvereinbarung CIRS; Qualitätspolitik; Qualitätsziele Letzte Aktualisierung: 20.09.2019</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA: Lebensrettende Sofortmaßnahmen/Regelmäßige Schulungen aller Mitarbeiter Letzte Aktualisierung: 26.06.2019</i>
5	Schmerzmanagement  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Sturzprophylaxe  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Sturzprophylaxe ("Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege") Letzte Aktualisierung: 09.12.2019</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA: Expertenstandard Dekubitus Letzte Aktualisierung: 21.10.2019</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA Freiheitsentziehende Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 26.11.2019</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
14	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde  <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
15	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA                  Patientenidentifikationsarmbänder; OP-Checkliste; VA                  Patientenidentität                  Letzte Aktualisierung: 28.09.2020</i>
16	Entlassungsmanagement  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA:                  Entlassungsmanagement                  Letzte Aktualisierung: 26.04.2017</i>
17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Postoperative                  Schmerztherapie im Aufwachraum                  Letzte Aktualisierung: 04.03.2019</i>

**Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:**

<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: ATZ-Konferenzen

**A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems**

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

**Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:**

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem  <i>Intervall: bei Bedarf</i>
2	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  <i>Letzte Aktualisierung: 25.06.2019</i>
3	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  <i>Intervall: bei Bedarf</i>

**Details:**

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Patientenidentifikationsarmbänder, Verfahrensanweisung zur Identitätsprüfung, OP-Checkliste

**A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

**Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):**

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Nein
--	------

**A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

**A-12.3.1 Hygienepersonal**

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	4 <sup>2)</sup>
Hygienefachkräfte (HFK)	2 <sup>3)</sup>
Hygienebeauftragte in der Pflege	22 <sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> Übergreifende Hygieneabteilung für beide Kreiskliniken  
<sup>2)</sup> in einzelnen Abteilungen  
<sup>3)</sup> Übergreifende Hygieneabteilung für beide Kreiskliniken  
<sup>4)</sup> in einzelnen Abteilungen

**A-12.3.1.1 Hygienekommission**

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

### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Peter Schröder, Ärztlicher Direktor u. Chefarzt für Orthopädie und Traumatologie
Telefon:	06078 79 2501
Fax:	06078 79 1815
E-Mail:	p.schraeder@kreiskliniken-dadi.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

Auswahl:  Ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

#### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

**A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie**

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	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 Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:**

Auswahl:  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

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	29
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	149

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:  Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ( <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> ).	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja

	OPTION	AUSWAHL
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
2	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
3	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)
4	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
5	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
	<i>Name: MRE-Netzwerk Südhessen</i>

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

<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input type="checkbox"/>	OP-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Die Klinik gehört dem CLINOTEL-Krankenhausverbund an. Bei CLINOTEL verfolgen leistungsstarke "Non-Profit-Krankenhäuser" das gemeinsame Ziel, beste Medizin und höchste Patientenzufriedenheit zu erreichen. Die kontinuierliche Befragung der stationären Patienten im Krankenhausverbund ermöglicht ein verbundweites Benchmarking und liefert wertvolle Hinweise zur Behandlungsqualität in unserer Klinik.

Alle CLINOTEL-Mitgliedshäuser erfassen die Zufriedenheit in einer kontinuierlichen Patientenbefragung und veröffentlichen regelmäßig die Ergebnisse:

CLINOTEL-Qualitätsergebnisse Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). <i>Verfahrensweisung Umgang mit Beschwerden Letzte Aktualisierung: 21.02.2020</i>	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. <i>Alle Mitarbeiter des Qualitätsmanagements bearbeiten Beschwerden. E-Mail: IhreMeinung@kreiskliniken-dadi.de</i>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <a href="http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig/index.html">http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig/index.html</a> <i>Sowohl Patienten, Mitarbeiter und Angehörige haben die Möglichkeit anonyme Beschwerden zu melden (Internet und Intranet).</i>	Ja
9	Patientenbefragungen <i>Die Patientenbefragung erfolgt kontinuierlich</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen <i>Die nächste Einweiserbefragung ist geplant</i>	Ja

**Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:**

Name/Funktion:	Juliane Kerstan, Mitarbeiter Qualitätsmanagement
Telefon:	06078 79 1013
Fax:	
E-Mail:	j.kerstan@kreiskliniken-dadi.de

**Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:**

Name/Funktion:	Karl Daab, Patientenfürsprecher
Telefon:	06078 79 0
Fax:	

E-Mail:

IhreMeinung@kreiskliniken-dadi.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS (Arzneimitteltherapiesicherheit) ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses 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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:

Arzneimittelkommission

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?

ja – eigenständige Position AMTS

### Kontaktdaten:

Name/Funktion:

Frank Buffleb, Inhaber und Geschäftsführer der Bären Apotheke  
 Hauptstraße 27  
 64711 Erbach

Telefon:

06062 9439 110

Fax:

06062 4021

E-Mail:

frank.buffleb@baeren-apotheke-erbach.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:

11

Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:

25

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln  <i>VA Medikamente richten und Verabreichen von 27.07.20AA Umgang mit Arzneimitteln aktualisiert am 4.06.20</i>
3	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME

- 4 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
- Übergeordnete Verfahrensanweisung Entlassmanagement von der PDL und zusätzlich noch stationspezifische Verfahrensanweisungen.*

**Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln:**

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

**Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:**

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- Andere

**Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:**

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

**A-13 Besondere apparative Ausstattung**

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
2	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
	<i>inklusive intravaskulärer Ultraschall und Rotationsablationsgerät</i>		
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
	<i>EEG-Untersuchungen im Zentrum für seelische Gesundheit.</i>		
4	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	<i>Teleradiologische Befundung außerhalb der regulären Betriebszeiten.</i>		
5	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein
6	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
7	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
8	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
9	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
	<i>wird in der Gynäkologie angewendet</i>		

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

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe vereinbart:  Ja

### Stufen der Notfallversorgung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
<input type="checkbox"/>	Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
<input type="checkbox"/>	Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

### Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1:

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

Welche Stufen der stationären Notfallversorgung sehen die Regelungen des G-BA vor?

Der G-BA unterscheidet drei Stufen der Notfallstrukturen an Krankenhäusern. Je nach Art und Umfang der strukturellen, personellen und medizinischen-technischen Vorhaltungen geht es um Strukturen für eine

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1),
- erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder
- umfassende Notfallversorgung (Stufe 3).

Die neue Regelung sieht vor, dass ein Krankenhaus für die Zuordnung in die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort verfügen muss. Die Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme. Hier wird auf der Grundlage eines strukturierten Systems über die Priorität der Behandlung entschieden und der Notfallpatient spätestens 10 Minuten nach der Aufnahme dazu informiert. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass die entsprechende Betreuung durch einen Facharzt - bei Bedarf auch durch einen Anästhesisten - innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist. Für eine möglicherweise angezeigte Intensivbetreuung muss eine Intensivstation mit der Kapazität von mindestens sechs Betten vorhanden sein

<https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/#warum-wurde-der-g-ba-vom-gesetzgeber-beauftragt-ein-gestuftes-system-von-notfallstrukturen-in-krankenhausern-zu-definieren>

## 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 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

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

Ja

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-[1] Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie)

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie)
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-innere-medizin-i-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-innere-medizin-i-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie/</a>

#### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin



## B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Walter Dotzel, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie)
Telefon:	06078 79 2101
Fax:	06078 79 1809
E-Mail:	b.wanko@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-innere-medizin-i-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-innere-medizin-i-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie/</a>

## B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
3	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
7	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
12	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
13	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
14	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
15	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
16	Transfusionsmedizin
17	Endoskopie
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
19	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
20	Native Sonographie
21	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
22	Onkologische Tagesklinik
23	Eindimensionale Dopplersonographie
24	Stroke Unit
25	Duplexsonographie
26	Sonographie mit Kontrastmittel
27	Endosonographie

### B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2518
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E86	Volumenmangel	197
2	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	90
3	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	87
4	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	61
5	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	52
6	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	51
7	A46	Erysipel [Wundrose]	48
8	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	46
9	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	44
10	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	43
11	K29.1	Sonstige akute Gastritis	38

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	K29.6	Sonstige Gastritis	38
13	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	36
14	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	34
15	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	31
16	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	31
17	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	30
18	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	29
19	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	28
20	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	27
21	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	25
22	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	25
23	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	24
24	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	21
25	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	20
26	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	19
27	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	19
28	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	19
29	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	17
30	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	16

### B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	198
2	E86	Volumenmangel	197
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	113
4	K29	Gastritis und Duodenitis	113
5	A41	Sonstige Sepsis	91
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	89
7	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	60

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	58
9	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	56
10	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	54

### B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	984
2	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	444
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	252
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	247
5	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	181
6	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	125
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	117
8	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	97
9	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	88
10	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	62
11	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	61
12	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	51
13	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	41
14	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	39
15	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	38
16	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	34
17	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	29
18	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	27
19	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	25
20	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	24

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	24
22	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	23
23	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	19
24	5-513.20	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Körbchen	19
25	5-513.5	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage	17
26	8-543.13	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	16
27	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	16
28	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	15
29	5-429.a	Andere Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen	14
30	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	13

### B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1019
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	791
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	473
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	257
5	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	150
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	127
7	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	127

### B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. DOTZEL
	Privatambulanz
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Im Rahmen der Interdisziplinären Notaufnahme</i>

3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>onkologische Ambulanz</i>

## B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	745
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	248
3	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	14
4	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	9
5	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
6	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
7	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4
8	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
9	1-641	Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege	< 4
10	5-431	Gastrostomie	< 4

## B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	18,09	18,09	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	18,09	139,2
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,87	5,87	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	5,87	429,0

#### Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin <i>Die Kliniken für Innere Medizin I und II sowie die Klinik für Geriatrie verfügen gemeinsam über eine Weiterbildungsermächtigung zum Arzt für Innere Medizin über 5 Jahre</i>
2	Innere Medizin und Gastroenterologie

### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Betriebsmedizin
2	Notfallmedizin

### B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,90	12,60	1,30	0,00 <sup>1)</sup>	13,90	181,2
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,20	3,20	0,00	0,00	3,20	786,9

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne Auftrennung.

### B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
2	Praxisanleitung
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Casemanagement

### B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Palliative Care
3	Basale Stimulation
4	Bobath
5	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
6	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

### B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

*Anz.*=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.*=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

## B-[2] Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie)



## B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie)
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-innere-medizin-ii-kardiologie-und-angiologie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-innere-medizin-ii-kardiologie-und-angiologie/</a>

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0300) Kardiologie

### B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Weber, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin II - Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin
Telefon:	06078 79 2201
Fax:	
E-Mail:	sekretariat_kardiologie@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-innere-medizin-ii-kardiologie-und-angiologie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-innere-medizin-ii-kardiologie-und-angiologie/</a>

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

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

## B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	Elektrophysiologie
3	Schmerztherapie
4	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
6	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
7	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
9	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
10	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
11	Intensivmedizin
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
13	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
15	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen

## B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	3380
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I20.0	Instabile Angina pectoris	331
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	264
3	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	189
4	R07.2	Präkordiale Schmerzen	172
5	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	164
6	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	155

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	145
8	R55	Synkope und Kollaps	141
9	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	138
10	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	109
11	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	93
12	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	84
13	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	83
14	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	61
15	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	52
16	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	51
17	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	43
18	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	41
19	R06.0	Dyspnoe	34
20	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	34
21	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	31
22	E86	Volumenmangel	30
23	I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung	30
24	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	29
25	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	29
26	I95.1	Orthostatische Hypotonie	27
27	R42	Schwindel und Taumel	24
28	I48.3	Vorhofflattern, typisch	23
29	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	22
30	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	19

### B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I20	Angina pectoris	446
2	I50	Herzinsuffizienz	401
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	345
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	319
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	316
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	280

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	R07	Hals- und Brustschmerzen	211
8	R55	Synkope und Kollaps	141
9	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	72
10	I47	Paroxysmale Tachykardie	59

### B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1191
2	8-83b.0b	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung	695
3	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	655
4	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	541
5	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystems: Resorbierbare Plugs mit Anker	484
6	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	340
7	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	303
8	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	180
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	174
10	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien	129
11	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	125
12	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	121
13	8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	76
14	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	72

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	69
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	65
17	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	62
18	8-837.m2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien	57
19	1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	56
20	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	53
21	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	46
22	8-83b.b6	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an Koronargefäßen	42
23	1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung	35
24	8-837.m4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien	33
25	6-002.k1	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 75 mg bis unter 150 mg	32
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	31
27	6-002.k2	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 150 mg bis unter 225 mg	29
28	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	28
29	8-837.m5	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie	24
30	6-002.k3	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Eptifibatid, parenteral: 225 mg bis unter 300 mg	24

### B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1571
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1329
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1238
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	395
5	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	303
6	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	156
7	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	118

### B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE CHEFARZT PROF. DR. MED. M. WEBER
	Privatambulanz
	<i>Alle Leistungen der ambulanten Kardiologie</i>
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Im Rahmen der Interdisziplinären Notaufnahme</i>
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

### B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	231
2	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	< 4

### B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	20,14	20,14	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	20,14	167,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,39	7,39	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	7,39	457,4

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

#### B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin <i>Die Kliniken für Innere Medizin I und II sowie die Klinik für Geriatrie verfügen gemeinsam über eine Weiterbildungsermächtigung zum Arzt für Innere Medizin über 5 Jahre.</i>
2	Innere Medizin und Kardiologie

#### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

### B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	31,08	29,90	1,18	0,00 <sup>1)</sup>	31,08	108,8

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,07	5,07	0,00	0,00	5,07	666,7
---	------	------	------	------	------	-------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

### B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Intermediate Care Pflege

### B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
3	Kinästhetik
4	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

### B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen



**B-[3] Klinik für Geriatrie****B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Geriatrie
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-geriatrie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-geriatrie/</a>

**B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0200) Geriatrie

**B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:**

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Schunck, Chefarzt der Klinik für Geriatrie
Telefon:	06078 79 2301
Fax:	06078 79 1813
E-Mail:	<a href="mailto:p.stumpf@kreiskliniken-dadi.de">p.stumpf@kreiskliniken-dadi.de</a>
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-geriatrie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-geriatrie/</a>

**B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Schmerztherapie
2	Duplexsonographie
3	Eindimensionale Dopplersonographie
4	Native Sonographie
5	Physikalische Therapie
6	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
7	Endoskopie
8	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
10	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
11	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
15	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
17	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
18	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
19	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
20	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
21	Geriatrische Tagesklinik
22	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
23	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
24	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg verfügen über ein Alterstraumatologisches Zentrum (ATZ)

### B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	824
Teilstationäre Fallzahl:	0

**B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	82
2	R26.2	Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert	45
3	E86	Volumenmangel	45
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	45
5	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	39
6	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	30
7	S32.5	Fraktur des Os pubis	19
8	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	16
9	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	14
10	M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	14
11	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	13
12	R55	Synkope und Kollaps	12
13	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	12
14	M54.4	Lumboischialgie	12
15	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	11
16	M54.5	Kreuzschmerz	9
17	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	9
18	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	8
19	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	8
20	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	8
21	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	8
22	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
23	S32.1	Fraktur des Os sacrum	7
24	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	7
25	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	7
26	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	7
27	M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	6
28	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	6
29	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	6

### B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	131
2	S72	Fraktur des Femurs	111
3	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	56
4	I50	Herzinsuffizienz	51
5	E86	Volumenmangel	45
6	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	24
7	I63	Hirninfarkt	23
8	M54	Rückenschmerzen	23
9	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	20
10	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	20

### B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	538
2	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	257
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	134
4	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	58
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	52
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	49
7	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	40
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	30
9	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	25
10	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	25
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	20

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	12
13	9-401.00	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	10
14	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	8
15	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	6
16	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	4
17	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	3
18	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	3
19	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	2
20	5-455.61	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Offen chirurgisch mit Anastomose	2
21	8-159.y	Anderer therapeutische perkutane Punktion: N.n.bez.	2
22	8-192.1f	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel	2
23	5-787.7f	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	2
24	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	2
25	5-792.1g	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft	2
26	8-987.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	2
27	5-787.k1	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Humerus proximal	2
28	5-794.11	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus proximal	1
29	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)	1
30	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	1

**B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	820
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	281
3	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	108
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	30

**B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

1	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. MED SCHUNCK
	Privatambulanz
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

**B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

**B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der  
Berufsgenossenschaft**

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

**B-[3].11 Personelle Ausstattung****B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	7,95	7,95	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	7,95	103,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,73	4,73	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	4,73	174,2

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

**B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Allgemeinmedizin
2	Innere Medizin

**B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Geriatrie
2	Spezielle Schmerztherapie
3	Notfallmedizin
4	Palliativmedizin

**B-[3].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	28,30	27,80	0,50	0,00 <sup>1)</sup>	28,30	29,1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	6,70	6,70	0,00	0,00	6,70	123,0

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung wird aus dem Personalpool der stationären Versorgung besetzt. Eine Trennung ist nicht möglich.

**B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Rehabilitation
3	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

Pflegeexperte klinische Geriatrie  
 Führerschein Geriatrie  
 Kreative Geronto-Therapeutin nach SMEI  
 Validation/Anwenderin nach Naomi Feil

**B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatrie
2	Kinästhetik
3	Basale Stimulation
4	Bobath
5	Dekubitusmanagement
6	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
7	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
8	Gerontopsychiatrie

**B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen



## B-[4] Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

### B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/geriatriische-tagesklinik/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/geriatriische-tagesklinik/</a>

### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0260) Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

### B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Martin Schunck, Chefarzt der Klinik für Geriatrie
Telefon:	06078 79 2301
Fax:	06078 79 1813
E-Mail:	<a href="mailto:p.stumpf@kreiskliniken-dadi.de">p.stumpf@kreiskliniken-dadi.de</a>
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/geriatriische-tagesklinik/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/geriatriische-tagesklinik/</a>

### B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

### B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Geriatrische Tagesklinik
2	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

### B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	213

### B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu, da hier nur vollstationäre Fälle berücksichtigt werden (siehe hierzu die Ausfüllhinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses).

### B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

### B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98a.11	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	3023
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	61
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	23
4	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	17
5	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	3
6	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	3
7	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	1

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	3023
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	107

## B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. SCHUNCK
	Privatambulanz

## B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

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

## B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	------------	------	-------	----------------

#### Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

<sup>2)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

<sup>3)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

<sup>4)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

<sup>5)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

<sup>6)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

<sup>7)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

<sup>8)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

<sup>9)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

<sup>10)</sup> Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

### B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinmedizin

	<b>FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)</b>
	<i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i>

- 2 Innere Medizin  
*Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie*

### B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	<b>ZUSATZ-WEITERBILDUNG</b>
1	Geriatric <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i>
2	Spezielle Schmerztherapie
3	Notfallmedizin <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i>
4	Palliativmedizin <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i>

### B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Aus dem geriatrischen Pflegepool (stationär und teilstationär)

<sup>2)</sup> Aus dem geriatrischen Pflegepool (stationär und teilstationär)

<sup>3)</sup> Aus dem geriatrischen Pflegepool (stationär und teilstationär)

### B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	<b>ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE</b>
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Rehabilitation

### B-[4].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric
2	Kinästhetik
3	Basale Stimulation
4	Bobath
5	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
6	Kontinenzmanagement
7	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

### B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

## B-[5] Klinik für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie

### B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt

URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-allgemein-und-viszeralchirurgie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-allgemein-und-viszeralchirurgie/</a>
------	---

### B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

### B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Hans-Jürgen Hain, Chefarzt der Klinik für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
Telefon:	06078 79 2401
Fax:	06078 79 1814
E-Mail:	<a href="mailto:allgemeinchirurgie@kreiskliniken-dadi.de">allgemeinchirurgie@kreiskliniken-dadi.de</a>
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-allgemein-und-viszeralchirurgie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-allgemein-und-viszeralchirurgie/</a>

### B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

### B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Notfallmedizin
2	Kinderchirurgie
3	Native Sonographie
4	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
5	Chirurgische Intensivmedizin
6	Minimalinvasive endoskopische Operationen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
7	Schrittmachereingriffe
8	Adipositaschirurgie
9	Defibrillatoreingriffe
10	Portimplantation
11	Tumorchirurgie
12	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
13	Magen-Darm-Chirurgie
14	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

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

Vollstationäre Fallzahl:	1575
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	88
2	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	79
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	79
4	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	73
5	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	65
6	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	64
7	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	62
8	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	51
9	L72.1	Trichilemmalzyste	46
10	E66.82	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	35
11	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	31
12	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	30
13	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	28
14	K62.3	Rektumprolaps	26

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	26
16	K61.0	Analabszess	24
17	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	22
18	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	22
19	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	20
20	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	19
21	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	19
22	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	17
23	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	15
24	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	14
25	K81.0	Akute Cholezystitis	14
26	N20.1	Ureterstein	12
27	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	12
28	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	12
29	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	12
30	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	11

### B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K80	Cholelithiasis	171
2	K35	Akute Appendizitis	117
3	K40	Hernia inguinalis	99
4	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	97
5	K57	Divertikulose des Darmes	84
6	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	81
7	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	64
8	K43	Hernia ventralis	54
9	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	54
10	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	52



**B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	177
2	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	119
3	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	62
4	5-493.5	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Mit Stapler	59
5	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	56
6	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	49
7	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup>	46
8	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	46
9	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	44
10	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	39
11	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	38
12	5-445.51	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Mit Staplernaht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie analog Billroth II: Laparoskopisch	38
13	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	36
14	5-932.13	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup>	35
15	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	34
16	5-536.47	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik	30
17	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	27
18	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	25
19	5-983	Reoperation	24

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	23
21	5-493.2	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan)	21
22	5-455.75	Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	19
23	5-932.45	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 300 cm <sup>2</sup> bis unter 400 cm <sup>2</sup>	18
24	5-482.b0	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, mit Stapler, peranal: Zirkulär [Manschettenresektion]	17
25	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	17
26	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	17
27	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	16
28	5-543.20	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Resektion des Omentum: Partiiell	15
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	15
30	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	15

### B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-511	Cholezystektomie	206
2	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	144
3	5-469	Andere Operationen am Darm	134
4	5-470	Appendektomie	124
5	1-650	Diagnostische Koloskopie	108
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	103
7	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	83
8	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	75

## B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Alle Notfälle der Allgemein- und Viszeralchirurgie</i>
3	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. MED. H.-J. HAIN
	Privatambulanz
	<i>Alle Leistungen der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Kreisklinik Groß-Umstadt</i>

## B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-640	Operationen am Präputium	48
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	37
3	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	19
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	7
5	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	< 4
6	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
7	5-624	Orchidopexie	< 4
8	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
9	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
10	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4

## B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

## B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	8,88	8,48	0,40	0,00 <sup>1)</sup>	8,88	177,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,71	6,71	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	6,71	234,7

### Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Viszeralchirurgie <i>Mit voller Weiterbildung Viszeralchirurgie und 66 Monate spezielle Viszeralchirurgie</i>
2	Allgemeinchirurgie <i>Die Klinik besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt für Chirurgie (gemeinsam mit der Klinik für Unfallchirurgie)</i>
3	Gefäßchirurgie

### B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

## B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	14,60	14,60	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	14,60	107,9
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	4,20	4,20	0,00	0,00	4,20	375,0

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

**B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

**B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
3	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

**B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

## B-[6] Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

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

Im Rahmen einer umfänglichen Qualitätsprüfung hat die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie die Zertifizierung als "AltersTrauma Zentrum DGU" und als "lokales Trauma Zentrum DGU" von der CERT IQ GmbH, einer Zertifizierungsgesellschaft im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und als lokales Trauma Zentrum, erhalten.

Zum 01.01.2020 fand ein Chefarztwechsel statt. Neuer Chefarzt ist Herr Prof. Dr. med. Peter Schröder.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-unfallchirurgie-und-orthopaedie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-unfallchirurgie-und-orthopaedie/</a>

### B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1600) Unfallchirurgie

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

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Peter Schröder, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Telefon:	06078 79 2501
Fax:	06078 79 1815
E-Mail:	unfallchirurgie@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt

URL:

<https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-unfallchirurgie-und-orthopaedie/>

## B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
2	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
5	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
6	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
7	Kindertraumatologie
8	Traumatologie
9	Sportmedizin/Sporttraumatologie
10	Schulterchirurgie
11	Handchirurgie
12	Fußchirurgie
13	Endoprothetik
14	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
15	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
18	Chirurgische Intensivmedizin
19	Metall-/Fremdkörperentfernungen
20	Bandrekonstruktionen/Plastiken
21	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
22	Septische Knochenchirurgie
23	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
25	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
26	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
27	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
29	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
30	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
31	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
33	Amputationschirurgie
34	Wirbelsäulenchirurgie
35	Arthroskopische Operationen
36	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
37	Chirurgie der peripheren Nerven
38	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
39	Spezialsprechstunde
40	Physikalische Therapie
41	Handchirurgie
42	Metall-/Fremdkörperentfernungen
43	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
44	Arthroskopische Operationen
45	Kinderorthopädie
46	Rheumachirurgie
47	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
48	Schulterchirurgie
49	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
50	Wirbelsäulenchirurgie
51	Fußchirurgie
52	Sportmedizin/Sporttraumatologie



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

Vollstationäre Fallzahl:	1136
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	71
2	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	50
3	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	48
4	S06.0	Gehirnerschütterung	41
5	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	29
6	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	29
7	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	28
8	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	26
9	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	24
10	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	20
11	S82.82	Trimalleolarfraktur	20
12	S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur	18
13	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	18
14	M54.4	Lumboischialgie	15
15	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	14
16	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	14
17	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	14
18	S82.0	Fraktur der Patella	14
19	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	14
20	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	13
21	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	13
22	S20.2	Prellung des Thorax	13
23	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	13
24	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	12
25	S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)	12
26	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	12

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	S82.81	Bimalleolarfraktur	11
28	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	10
29	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	10
30	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	10

### B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S52	Fraktur des Unterarmes	159
2	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	152
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	83
4	S72	Fraktur des Femurs	77
5	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	68
6	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	54
7	S06	Intrakranielle Verletzung	51
8	M54	Rückenschmerzen	31
9	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	30
10	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	29

### B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	95
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	90
3	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	76
4	5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert	70
5	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	67
6	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	65
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	52

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	50
9	5-984	Mikrochirurgische Technik	49
10	5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenerivation	46
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	45
12	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	44
13	5-806.3	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht der Syndesmose	44
14	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	41
15	5-793.k6	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	40
16	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	38
17	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	37
18	5-793.1r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	35
19	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	28
20	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	25
21	5-794.k1	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	24
22	5-041.8	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Bein	24
23	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	23
24	5-793.1n	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	23
25	5-782.ah	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Femur distal	22
26	5-800.4h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	21
27	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	20
28	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	5-794.2r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	18
30	5-793.2n	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	14

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	260
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	254
3	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	209
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	113
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	106
6	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	97
7	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	93
8	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	70

### B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Behandlung von allen unfallchirurgischen Notfällen</i>
3	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

3	<b>PRIVATAMBULANZ</b>
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VO15 - Fußchirurgie
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VO16 - Handchirurgie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
	<i>Gesamtes Spektrum der Unfallchirurgie und Orthopädie</i>

4	<b>ENDOPROTHETIKSPRECHSTUNDE</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

## B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	212
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	71
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	58
4	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	38
5	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	27
6	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	20
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	19
8	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	19
9	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	17
10	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	16

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

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

## B-[6].11 Personelle Ausstattung

### B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	8,90	8,76	0,14	0,00 <sup>1)</sup>	8,90	127,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,71	4,71	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	4,71	241,2

#### Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie

### B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Unfallchirurgie

### B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,50	12,30	1,20	0,00 <sup>1)</sup>	13,50	84,1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,40	2,40	0,00	0,00	2,40	473,3

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Hygienebeauftragte in der Pflege

### B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
3	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
4	Basale Stimulation

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

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

## B-[7] Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie

### B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-plastische-und-aesthetische-chirurgie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-plastische-und-aesthetische-chirurgie/</a>

### B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1900) Plastische Chirurgie

### B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Anton Lang, Chefarzt der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie
Telefon:	06078 79 2551
Fax:	06078 79 1819
E-Mail:	s.rieger-erzmann@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-plastische-und-aesthetische-chirurgie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-plastische-und-aesthetische-chirurgie/</a>



## B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
2	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
3	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
4	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
5	Spezialsprechstunde
6	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
8	Operationen wegen Thoraxtrauma
9	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
10	Tumorchirurgie
11	Adipositaschirurgie
12	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
16	Verbrennungschirurgie
17	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
18	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
19	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
21	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
22	Spezialsprechstunde
23	Dermatochirurgie
24	Ästhetische Dermatologie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
25	Dermatohistologie
26	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
27	Wundheilungsstörungen
28	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
29	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
30	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
31	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
32	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
33	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
34	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
35	Spezialsprechstunde
36	Laserchirurgie
37	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
38	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
39	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

## B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	134
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M86.68	Sonstige chronische Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	18
2	L98.7	Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut	12
3	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	7
4	L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	6
5	L72.0	Epidermalzyste	6
6	M86.48	Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	6
7	M86.98	Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	5
8	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	5
9	L72.1	Trichilemmalzyste	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	< 4
11	L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	< 4
12	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
13	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
14	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	< 4
15	E65	Lokalisierte Adipositas	< 4
16	H61.0	Perichondritis des äußeren Ohres	< 4
17	Q17.5	Abstehendes Ohr	< 4
18	L91.0	Hypertrophe Narbe	< 4
19	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	< 4
20	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	< 4
21	D22.3	Melanozytennävus sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
22	R02.06	Nekrose der Haut und Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel und Knie	< 4
23	C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	< 4
24	M86.88	Sonstige Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
25	M66.37	Spontanruptur von Beugesehnen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
26	M72.66	Nekrotisierende Faszitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4
27	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
28	D22.7	Melanozytennävus der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	< 4
29	E88.8	Sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen	< 4
30	L90.5	Narben und Fibrosen der Haut	< 4

### B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M86	Osteomyelitis	33
2	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	15
3	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	13
4	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	11

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	10
6	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	7
7	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	4
8	D22	Melanozytennävus	4
9	L05	Pilonidalzyste	< 4
10	L91	Hypertrophe Hautkrankheiten	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-349.1	Andere Operationen am Thorax: Sequesterotomie an Rippe oder Sternum	141
2	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	136
3	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	24
4	8-190.23	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Mehr als 21 Tage	20
5	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	18
6	5-857.65	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Brustwand und Rücken	17
7	5-780.6d	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Becken	14
8	5-780.7d	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Becken	12
9	5-349.3	Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	11
10	8-190.22	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage	10
11	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	9
12	5-857.67	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	8
13	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	8
14	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	8

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	5-911.0b	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Bauchregion	8
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	8
17	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	7
18	8-190.40	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): Bis 7 Tage	7
19	5-902.4f	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterschenkel	7
20	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	7
21	5-895.0f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Unterschenkel	6
22	5-857.95	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Brustwand und Rücken	6
23	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	6
24	5-895.54	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	6
25	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	6
26	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	6
27	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe- Rotationsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	5
28	5-850.d9	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel	4
29	5-895.24	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	4
30	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	4

### B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	178
2	5-349	Andere Operationen am Thorax	152
3	8-190	Spezielle Verbandstechniken	58
4	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	51
5	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	42
6	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	40
7	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	28
8	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	21
9	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	18
10	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	14

### B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. LANG
	Privatambulanz

### B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-097	Blepharoplastik	7
2	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
3	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
4	5-621	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4

### B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[7].11 Personelle Ausstattung

### B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	4,93	4,93	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	4,93	27,2
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,73	3,73	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	3,73	35,9

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

#### B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Plastische und Ästhetische Chirurgie
2	Allgemeinmedizin

#### B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,22 <sup>1)</sup>	3,10	0,12	0,00 <sup>2)</sup>	3,22	41,6
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,53	0,53	0,00	0,00	0,53	252,8

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Das Pflegepersonal für die Klinik für Plastische Chirurgie ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

<sup>2)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

### B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienebeauftragte in der Pflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches

### B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
2	Schmerzmanagement z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse

### B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

## B-[8] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe



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

Zum 01.04.2020 fand ein Chefarztwechsel statt. Neuer Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist Herr Dr. med. Peter Stutzmann.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe/</a>

### B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Peter Stutzmann, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Telefon:	06078 79 2601
Fax:	06078 79 1816
E-Mail:	<a href="mailto:frauenklinik@kreiskliniken-dadi.de">frauenklinik@kreiskliniken-dadi.de</a>
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe/</a>

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Geburtshilfliche Operationen
2	Gynäkologische Chirurgie
3	Gynäkologische Endokrinologie
4	Inkontinenzchirurgie
5	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
6	Urogynäkologie
7	Endoskopische Operationen
8	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
11	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
12	Ambulante Entbindung
13	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
15	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
16	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

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

Vollstationäre Fallzahl:	1740
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	389
2	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	107
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	69
4	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	55
5	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	51

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	42
7	O20.0	Drohender Abort	41
8	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	40
9	O48	Übertragene Schwangerschaft	38
10	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	33
11	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	32
12	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	30
13	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	27
14	P08.2	Nach dem Termin Geborenes, nicht zu schwer für das Gestationsalter	24
15	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	23
16	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	21
17	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	20
18	O00.1	Tubargravidität	19
19	P05.0	Für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene	18
20	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	17
21	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	17
22	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	16
23	N80.1	Endometriose des Ovars	16
24	N83.0	Follikelzyste des Ovars	16
25	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	16
26	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	14
27	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	13
28	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	13
29	N84.0	Polyp des Corpus uteri	12
30	N80.0	Endometriose des Uterus	12

### B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	389

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	O42	Vorzeitiger Blasensprung	115
3	O80	Spontangeburt eines Einlings	69
4	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	64
5	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	61
6	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	60
7	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	58
8	D25	Leiomyom des Uterus	56
9	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	46
10	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	44

### B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	457
2	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	454
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	323
4	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	150
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	104
6	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	86
7	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	81
8	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	78
9	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	76
10	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	75
11	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	66
12	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	65
13	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	63
14	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	61

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	57
16	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	55
17	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	54
18	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	45
19	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	40
20	5-932.10	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: Weniger als 10 cm <sup>2</sup>	37
21	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	31
22	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	28
23	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	27
24	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	25
25	5-932.11	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 10 cm <sup>2</sup> bis unter 50 cm <sup>2</sup>	25
26	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	24
27	5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang	21
28	5-704.4g	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	19
29	5-683.03	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	18
30	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	18

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	482
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	458
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	323

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	236
5	5-740	Klassische Sectio caesarea	157
6	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	150
7	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	121
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	104
9	5-749	Andere Sectio caesarea	94
10	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	85

### B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
3	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR.MED. STUZMANN
	Privatambulanz

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	173
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	139
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	80
4	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	19
5	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	15
6	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	12
7	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	11
8	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	9
9	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	7
10	5-469	Andere Operationen am Darm	6

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-  
Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[8].11 Personelle Ausstattung

### B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	9,27	8,24	1,03	0,00 <sup>1)</sup>	9,27	187,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,88	6,88	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	6,88	252,9

#### Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche  
Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	20,80	20,50	0,30	0,00 <sup>1)</sup>	20,80	83,7

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,80	2,80	0,00	0,00	2,80	621,4
Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	11					158,2

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

<sup>2)</sup> Der Kreißsaal wird durch niedergelassene Beleghebammen betreut.

### B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

### B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Basale Stimulation
3	Schmerzmanagement
	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>

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

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen



## B-[9] Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	7
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="http://www.psychiatrie-umstadt.de/">http://www.psychiatrie-umstadt.de/</a>

### B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie

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

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Thomas Wobrock, Chefarzt im Zentrum für Seelische Gesundheit
Telefon:	06078 79 2901
Fax:	06078 79 1836
E-Mail:	<a href="mailto:c.schlueter@kreiskliniken-dadi.de">c.schlueter@kreiskliniken-dadi.de</a>
Adresse:	Krankenhausstr. 7
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="http://www.psychiatrie-umstadt.de/">http://www.psychiatrie-umstadt.de/</a>

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
2	Psychiatrische Tagesklinik
3	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
6	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
7	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
8	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
9	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
10	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

## B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	1413
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1088
3	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	861

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A1 (Regelbehandlung)	805
5	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	712
6	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	609
7	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	402
8	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	363
9	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	360
10	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	307
11	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	304
12	9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A2 (Intensivbehandlung)	284
13	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	257
14	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	232
15	9-649.80	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	221
16	9-981.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke: Behandlungsbereich S2 (Intensivbehandlung)	216
17	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	205
18	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	184

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	9-981.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke: Behandlungsbereich S1 (Regelbehandlung)	183
20	9-649.55	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche	155
21	8-630.3	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]: Therapiesitzung	150
22	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	149
23	9-649.60	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	140
24	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	127
25	9-649.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	111
26	9-649.61	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	77
27	9-649.57	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche	77
28	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	72
29	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	72
30	9-649.7r	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 24 Therapieeinheiten pro Woche	69

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	7436
2	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	1089
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1088

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	399
5	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	307
6	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	293
7	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	257
8	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	205
9	8-630	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]	174
10	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie	121

## B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT PROF. DR. MED. WOBROCK
	Privatambulanz
2	PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ NACH § 118 SGB V
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

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

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

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

## B-[9].11 Personelle Ausstattung

### B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	15,78	15,78	0,00	3,20 <sup>1)</sup>	12,58	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,30	4,30	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	4,30	0,0

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

#### B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
3	Allgemeinmedizin
4	Neurologie

#### B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Schmerztherapie
2	Suchtmedizinische Grundversorgung

### B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	52,90	52,90	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	52,90	0,0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	4,80	4,80	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	4,80	0,0
---	------	------	------	--------------------	------	-----

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

<sup>2)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Diplom <i>MSc Beratung</i>
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Bachelor <i>BSc Psychiatrische Pflege</i>
6	Praxisanleitung

### B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Deeskalationstraining <i>z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie</i>

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	3,00	3,00	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	3,00	0,0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	2,00	2,00	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	2,00	0,0
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	1,00	1,00	0,00	0,00 <sup>3)</sup>	1,00	0,0

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	4,20	4,20	0,00	0,00 <sup>4)</sup>	4,20	0,0
--	------	------	------	--------------------	------	-----

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>3)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>4)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

## B-[10] Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

### B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Straße:	Steinstr.
Hausnummer:	5
PLZ:	64807
Ort:	Dieburg
URL:	<a href="http://www.psychiatrie-umstadt.de/">http://www.psychiatrie-umstadt.de/</a>

### B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2960) Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

### B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Thomas Wobrock, Chefarzt im Zentrum für Seelische Gesundheit
Telefon:	06071 6184510
Fax:	06071 6184540
E-Mail:	<a href="mailto:j.zagler@kreiskliniken-dadi.de">j.zagler@kreiskliniken-dadi.de</a>
Adresse:	Steinstr. 5



PLZ/Ort:	64807 Dieburg
URL:	<a href="http://www.psychiatrie-umstadt.de/">http://www.psychiatrie-umstadt.de/</a>

## B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
2	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
3	Psychiatrische Tagesklinik
4	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
5	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
6	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
7	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
8	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
9	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
10	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
11	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

## B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1
Teilstationäre Fallzahl:	166

## B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu, da hier nur vollstationäre Fälle berücksichtigt werden (siehe hierzu die Ausfüllhinweise des Gemeinsamen Bundesausschusses).

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	< 4

### B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	< 4

### B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	508
2	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	306
3	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	298
4	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	212
5	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	147
6	9-980.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A6 (Tagesklinische Behandlung)	143
7	9-649.80	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	133
8	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	122
9	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	114
10	9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A1 (Regelbehandlung)	107
11	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	94
12	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	91

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	82
14	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	62
15	9-649.60	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	57
16	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	55
17	9-649.57	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche	47
18	9-649.61	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	46
19	9-649.70	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 1 Therapieeinheit pro Woche	46
20	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	38
21	9-649.55	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche	31
22	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	25
23	9-649.59	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 10 Therapieeinheiten pro Woche	20
24	9-649.62	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	19
25	9-649.56	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche	19
26	9-649.71	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	15
27	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	15
28	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	14

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	9-649.58	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 9 Therapieeinheiten pro Woche	12
30	9-649.81	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	11

### B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	2553
2	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	250
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	147
4	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	10
5	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	4
6	1-206	Neurographie	4
7	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	< 4
8	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	< 4
9	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	< 4

### B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS durchgeführt

### B-[10].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-  
Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[10].11 Personelle Ausstattung

### B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	1,60	1,60	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	1,60	0,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	0,60	0,60	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	0,60	1,7

#### Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Neurologie

### B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

## B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche  
Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,60	3,60	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	3,60	0,3

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,53	0,53	0,00	0,00	0,53	1,9
---	------	------	------	------	------	-----

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

### B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

### B-[10].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Das therapeutische Personal der Tagesklinik wird aus dem Gesamtpool des Personals des Zentrums für Seelische Gesundheit gestellt.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

## B-[11] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

### B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

In der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin fand im Jahr 2020 ein Chefarztwechsel statt. Neuer Chefarzt ist Herr Prof. Dr. med. Michael Weber.

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Straße:	Krankenhausstr.

Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-anaesthesie-und-intensivmedizin/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-anaesthesie-und-intensivmedizin/</a>

## B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3600) Intensivmedizin

## B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Michael Weber, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon:	06078 79 2201
Fax:	06078 79 1811
E-Mail:	<a href="mailto:anaesthesie@kreiskliniken-dadi.de">anaesthesie@kreiskliniken-dadi.de</a>
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-anaesthesie-und-intensivmedizin/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-anaesthesie-und-intensivmedizin/</a>

## B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
4	Schmerztherapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
5	Dialyse <i>Hämofiltration bei Intensivstationspatienten</i>
6	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
7	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
8	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
15	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
17	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
18	Endoskopie
19	Palliativmedizin
20	Transfusionsmedizin
21	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
22	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
23	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
24	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

## B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	307
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R40.0	Somnolenz	23
2	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	14
3	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	13
4	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	12
5	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	11



	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	9
7	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	9
8	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	7
9	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	6
10	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	5
11	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	5
12	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	4
13	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	4
14	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	4
15	I63.5	Hirninfrakt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	< 4
16	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	< 4
17	R42	Schwindel und Taumel	< 4
18	I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4
19	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	< 4
20	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	< 4
21	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	< 4
22	T78.2	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet	< 4
23	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	< 4
24	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	< 4
25	T39.1	Vergiftung: 4-Aminophenol-Derivate	< 4
26	F14.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
27	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	< 4
28	R11	Übelkeit und Erbrechen	< 4
29	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
30	J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken	< 4

### B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I21	Akuter Myokardinfarkt	27
2	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	25
3	A41	Sonstige Sepsis	22
4	I50	Herzinsuffizienz	21

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	N17	Akutes Nierenversagen	16
6	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	11
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	9
8	I63	Hirninfarkt	8
9	I61	Intrazerebrale Blutung	6
10	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	6

### B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	951
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	430
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	272
4	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	173
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	138
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	116
7	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	87
8	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	68
9	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	67
10	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	59
11	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	48
12	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	46
13	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	43
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	40
15	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	38

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	36
17	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	35
18	8-98b.00	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	35
19	8-98b.01	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	34
20	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	21
21	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	21
22	8-128	Anwendung eines Stuhl drainagesystems	17
23	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	16
24	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	16
25	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	15
26	8-390.5	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe	15
27	8-607.4	Hypothermiebehandlung: Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems	15
28	8-640.1	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Desynchronisiert (Defibrillation)	15
29	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	14
30	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	14

### B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	951
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	588
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	398
4	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	173
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	138
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	135

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	116
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	104

## B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. JALOWY		
	Privatambulanz		
	Vorbereitung auf Anästhesie und Operation; Schmerzbehandlung		

## B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

### B-[11].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
4	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
5	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	< 4

## B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[11].11 Personelle Ausstattung

### B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	14,61	14,57	0,04	0,00 <sup>1)</sup>	14,61	21,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,85	8,85	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	8,85	34,7

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

### B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie
4	Palliativmedizin

### B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	50,70	47,13	3,57	0,00 <sup>1)</sup>	50,70	6,1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,10	1,10	0,00	0,00	1,10	279,1
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,80	7,80	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	7,80	39,4

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

<sup>2)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

### B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

### B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Basale Stimulation
3	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
4	Bobath
5	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
6	Deeskalationstraining <i>z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie</i>

### B-[11].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

**B-[12] Belegklinik für HNO-Erkrankungen****B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Belegklinik für HNO-Erkrankungen
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/belegklinik-fuer-hno/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/belegklinik-fuer-hno/</a>

**B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

**B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes:**

Name/Funktion:	Dr. med. Pascal Repp, Belegarzt HNO
Telefon:	06078 71183
Fax:	
E-Mail:	<a href="mailto:p.repp@kreiskliniken-dadi.de">p.repp@kreiskliniken-dadi.de</a>
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/belegklinik-fuer-hno/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/belegklinik-fuer-hno/</a>

Name/Funktion:	Dr. med. Klaus Lehmann, Belegarzt HNO
Telefon:	06078 71183
Fax:	
E-Mail:	<a href="mailto:k.lehmann@kreiskliniken-dadi.de">k.lehmann@kreiskliniken-dadi.de</a>
Adresse:	Krankenhausstr. 11

PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/belegklinik-fuer-hno/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/belegklinik-fuer-hno/</a>

## B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
2	Diagnostik und Therapie von Allergien
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
4	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
9	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
10	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
11	Schwindeldiagnostik/-therapie

## B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	86
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J32.4	Chronische Pansinusitis	38
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	32
3	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	15
4	J34.1	Zyste oder Mukozele der Nase und der Nasennebenhöhle	< 4



**B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	47
2	J32	Chronische Sinusitis	38
3	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	< 4

**B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	46
2	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	39
3	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	25
4	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	24
5	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	13
6	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	12
7	5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	11
8	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	11
9	5-294.4	Andere Rekonstruktionen des Pharynx: (Uvulo-)Palatopharyngoplastik	2
10	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	2
11	5-212.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase, endonasal	2
12	5-214.5	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur ohne Resektion	1
13	5-282.x	Tonsillektomie mit Adenotomie: Sonstige	1

**B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	47
2	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	39

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	38
4	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	36
5	5-200	Parazentese [Myringotomie]	23
6	5-294	Andere Rekonstruktionen des Pharynx	< 4
7	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4
8	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4

### B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS		
	Belegarztpraxis am Krankenhaus		

### B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	< 4
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	< 4

### B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-[12].11 Personelle Ausstattung

#### B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärztinnen und Belegärzte	2					43,0

#### Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

**B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

**B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Allergologie

**B-[12].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

<sup>2)</sup> Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

<sup>3)</sup> Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

<sup>4)</sup> Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

<sup>5)</sup> Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

<sup>6)</sup> Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

<sup>7)</sup> Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

**B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
	<i>Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen</i>

**B-[12].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation****B-[12].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

*Anz.*=Anzahl, *Wö. AZ*=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, *BV*=Beschäftigungsverhältnis, *Amb.*=ambulante Versorgung, *Stat.*=stationäre Versorgung, *Fälle/Anz.*=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

**B-[13] Klinik für Radiologie****B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Radiologie
Straße:	Krankenhausstr.
Hausnummer:	11
PLZ:	64823
Ort:	Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-radiologie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-radiologie/</a>

**B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

**B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes****Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:**

Name/Funktion:	Dr. med Cornelia Thieme, Chefärztin der Klinik für Radiologie
Telefon:	06078 79 2801
Fax:	06078 79 1818
E-Mail:	c.thieme@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt
URL:	<a href="https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-radiologie/">https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-radiologie/</a>

**B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

**B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	Computertomographie (CT), nativ
3	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
4	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
5	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
6	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
7	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
8	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
9	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
10	Spezialsprechstunde
11	Interventionelle Radiologie
12	Kinderradiologie
13	Neuroradiologie
14	Teleradiologie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
15	Lymphographie
16	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
17	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

### B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt da keine bettenführende Abteilung

### B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

### B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	899
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	598
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	356
4	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	189
5	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	177
6	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	164
7	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	88
8	3-202	Native Computertomographie des Thorax	87
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	78
10	3-206	Native Computertomographie des Beckens	76
11	3-138	Gastrographie	72
12	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	36
13	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	29
14	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	28
15	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	18
16	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	18
18	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	15
19	3-201	Native Computertomographie des Halses	15
20	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	14
21	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	12
22	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	12
23	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	10
24	3-843.0	Magnetresonanztomographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	9
25	3-056	Endosonographie des Pankreas	9
26	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	9
27	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	6
28	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	6
29	3-75x	Andere Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	5
30	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	5

### B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MVZ RADIOLOGIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

### B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

### B-[13].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: Nein

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[13].11 Personelle Ausstattung

### B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	2,72	2,72	0,00	0,00 <sup>1)</sup>	2,72	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,67	1,67	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	1,67	0,0

#### Abkürzungen:

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

<sup>2)</sup> Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

### B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

### B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[13].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,20	15,20	0,00	0,00 <sup>2)</sup>	15,20	0,0



**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

<sup>1)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

<sup>2)</sup> Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

**B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

**B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

**B-[13].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Die Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen ist im Kapitel A: Struktur und Leitungsdaten des Krankenhauses im Unterpunkt A-11.3 nachzulesen.

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	----------------

**Abkürzungen:**

Anz.=Anzahl, Wö. AZ=Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten, BV=Beschäftigungsverhältnis, Amb.=ambulante Versorgung, Stat.=stationäre Versorgung, Fälle/Anz.=das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen

**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**

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	105	101,9
2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	26	96,15

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
3	Herzschriltmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	21	95,24
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	10	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
7	Gynäkologische Operationen (15/1)	203	81,28
8	Geburtshilfe (16/1)	509	100
9	Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	69	101,45
10	Mammachirurgie (18/ 1)	9	100
11	Dekubitusprophylaxe (DEK)	208	81,25
12	Hüftendoprothesenve (HEP)	94	101,06
13	Hüftendoprothesenim (HEP_IMP)	90	100
14	Hüftendoprothesenwe und Komponentenwechse (HEP_WE)	5	120
15	Knieendoprothesenve (KEP)	29	100
16	Knieendoprothesenim (KEP_IMP)	28	100
17	Knieendoprothesenwe und Komponentenwechse (KEP_WE)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
18	Neonatalogie (sog. Neonatalerhebung) (NEO)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
19	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	294	98,98

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

#### C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
	Ergebnis-ID	2194
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
2 Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2195</b>
Leistungsbereich	Herzschritmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51191</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

4	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52139</b>
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	79,06 % - 90,8 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	88,63 % - 89,04 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	116
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	135
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
5	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52305</b>
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 94,84 % - 98,2 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich  $\geq 90,00$  %

Vertrauensbereich 95,37 % - 95,52 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 412

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 425

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

**6 Sondendislokation oder -dysfunktion**

Ergebnis-ID 52311

Leistungsbereich Herzschrittmacher-Implantation

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	1,42 % - 8,98 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	1,56 % - 1,74 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	110
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
7	Leitlinienkonforme Systemwahl	
	Ergebnis-ID	54140
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,03 % - 99,84 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,5 % - 98,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	109
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	110
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

8	Systeme 1. Wahl	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54141</b>
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	95,03 % - 99,84 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	96,67 % - 96,93 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	109
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	110
<b>9</b>	<b>Systeme 2. Wahl</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54142</b>
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 3,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	110

10	<b>Systeme 3. Wahl</b>
----	------------------------

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54143</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 3,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,59 % - 1,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	110

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
11	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Ergebnis-ID	<b>101800</b>
Leistungsbereich	Herzschritmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,98 % - 2,25 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,86 % - 0,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	11,94
Grundgesamtheit	110
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

12	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101801</b>
	Leistungsbereich	Herzschrïttmacher-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	3,12 % - 12,56 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,60 %
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	110
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>A41</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	⬇ verschlechtert
13	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101802</b>
	Leistungsbereich	Herzschrïttmacher-Implantation
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umse](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse)  
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	15,89 % - 31,4 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	56,14 % - 56,85 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	110

14	Leitlinienkonforme Indikation
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>101803</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,8 % - 98,04 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,37 % - 93,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	105
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	110
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
15 Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52307</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95 % - 99,8 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,09 % - 98,29 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	109
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	110
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
16 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>111801</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,30 %
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)



QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
17	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51404</b>
Leistungsbereich	Herzschrillmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,75 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23
Grundgesamtheit	20
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

18 Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52315</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 19,36 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,64 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	16
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
19 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>121800</b>
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,10 %
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,2 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20

#### Leitlinienkonforme Systemwahl

Ergebnis-ID	50005
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich	78,47 % - 100 %
-------------------	-----------------

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,35 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**21 Leitlinienkonforme Indikation**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50055</b>
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	68,53 % - 98,73 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	89,35 % - 90,15 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	13
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	14
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
22	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51186</b>
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,71 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,12 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52131</b>
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	60 % - 92,33 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	91,33 % - 91,94 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	17
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	21
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
24	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52316</b>
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	90,82 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,14 % - 96,41 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	38
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	38
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
25	<b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b>	
	Ergebnis-ID	52325
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,03 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

26

#### Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt

Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,76 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,89 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

27	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	131802	
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 2,50 %	
Vertrauensbereich	0,77 % - 1,02 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	14	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	
28	<b>Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	131803	
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsee](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee)  
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	57,74 % - 59,07 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

29

**Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52321</b>
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	86,2 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,69 % - 98,87 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	24
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
30	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	Ergebnis-ID	141800
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 35,4 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,80 %
Vertrauensbereich	0,21 % - 0,44 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

31

#### Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a>                  Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	Fachlicher Hinweis IQTIG	
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,37 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,32 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,03
	Grundgesamtheit	4
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>32</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>	
	Ergebnis-ID	52324
	Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
	Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,37 % - 0,74 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>33 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>151800</b>
Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,90 %
	Vertrauensbereich	1,26 % - 1,8 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>34</b>	<b>Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>612</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich	85,75 % - 98,83 %
-------------------	-------------------

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Referenzbereich	≥ 75,00 % (5. Perzentil)
-----------------	--------------------------

Vertrauensbereich	88,06 % - 88,69 %
-------------------	-------------------

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	45
------------------------	----

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

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

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>D99</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
---------------------------------------	---

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ verschlechtert
--	------------------

**KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG**

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Wegen unvollzähliger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.
--	--

**35 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10211</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
------------------	--

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
---------------------	------------------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 0 % - 35,43 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 20,00 %

Vertrauensbereich 7,45 % - 8,27 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 7

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **D99** - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr **U** verschlechtert

**KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG**

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle Wegen unvollzähliger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.

**36 Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	0,85 % - 1,04 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>D99</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	⬇ verschlechtert

#### KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Wegen unvollständiger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.
--	---

#### 37 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51906</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0 % - 3,13 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,19
Grundgesamtheit	143
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>D99</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📉 verschlechtert
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Wegen unvollständiger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.

38	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	
<b>Ergebnis-ID</b>	52283	
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 6,15 % (90. Perzentil)	
Vertrauensbereich	2,71 % - 2,91 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D99 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Sonstiges (im Kommentar erläutert)	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ verschlechtert	
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Wegen unvollzähliger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.	

39	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60683</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	10,15 % - 12,6 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
40	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60684</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>12,39 % - 14,43 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Wegen unvollzähliger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.</p>
<p>41</p>	<p><b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b></p>
<p><b>Ergebnis-ID</b></p>	<p><b>60685</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>



	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 7,27 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	1 % - 1,19 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	49
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>D99</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ verschlechtert
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Wegen unvollzähliger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.
42	<b>Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60686</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 45,00 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	18,95 % - 20,25 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	14
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>D99</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ verschlechtert
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Wegen unvollzähliger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.
43	<b>Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>318</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,99 % - 97,4 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>44</b>	<b>Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>321</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 0,77 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	494
45	<b>Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>330</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,05 % - 97,76 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>46 E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>1058</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,44 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
47 Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50045</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,63 % - 98,8 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	99,05 % - 99,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	174
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	179
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

48	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51397</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	1,17
	Grundgesamtheit	494
49	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51803</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 1,02 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,32
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,09 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	3,74
Grundgesamtheit	494

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
---------------------------------------	---

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
--	---------------



50	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51831</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4,69 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,86 % - 1,07 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,04
	Grundgesamtheit	12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
51	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52249</b>
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	1,12 % - 1,42 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	177
Erwartete Ereignisse	139,35
Grundgesamtheit	506
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>A41</b> - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📉 verschlechtert
52	<b>Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>181800</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 0 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 3,35 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,82 % - 0,96 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,69

Grundgesamtheit 330

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ➔ unverändert

53	Präoperative Verweildauer	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54030</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 15,00 %
	Vertrauensbereich	12,48 % - 13,03 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
54	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54033</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	1,66 % - 3,11 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	9,34
Grundgesamtheit	52

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>A41</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
---------------------------------------	---

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📉 verschlechtert
--	------------------

55	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54042</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	2,4 % - 4,52 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,15 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 0,97 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	7,09
	Grundgesamtheit	68
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📉 verschlechtert

56	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54046</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,93 % - 1 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
57	Sturzprophylaxe	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54050</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	93,47 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,85 % - 97,15 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	55
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	55
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
58	<b>Primäre Axilladissektion bei DCIS</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2163</b>
	Leistungsbereich	Mammachirurgie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,22 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59

#### Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,33 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,35 % - 5,48 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

60

#### Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 13,55 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,16 % - 3,46 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61

**Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**

Ergebnis-ID	51846
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
-------------------	-----------------

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,78 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**62 Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51847</b>
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,74 % - 97,11 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
63	<b>HER2-Positivitätsrate</b>	
	Ergebnis-ID	52268
	Leistungsbereich	Mammachirurgie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,71 % - 13,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
64 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	
Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,68 % - 98,94 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
65 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52330</b>
Leistungsbereich	Mammachirurgie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,33 % - 99,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>211800</b>
	Leistungsbereich	Mammachirurgie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,65 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	98,93 % - 99,09 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	7
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
67	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52009</b>
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0,51 % - 1,04 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	28
	Erwartete Ereignisse	39
	Grundgesamtheit	10926
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
68	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 0,04 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich Sentinel Event

Vertrauensbereich 0 % - 0,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 10926

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr **f** verbessert

69

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

Ergebnis-ID 52326

Leistungsbereich Pflege: Dekubitusprophylaxe

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	Fachlicher Hinweis IQTIG	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0,16 % - 0,34 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	25
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	10926
70	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521801</b>
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

71 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüft-Endoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf

Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,83 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
72 Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54001</b>
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	75,36 % - 99,06 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,53 % - 97,67 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

73	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54002</b>
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 86,00 %
	Vertrauensbereich	93,46 % - 94,13 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
74	Präoperative Verweildauer	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54003</b>
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	2,92 % - 14,86 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	12,35 % - 12,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	74
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

75	Sturzprophylaxe
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	95,82 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,8 % - 96,96 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	88
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	88
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>76</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>	
	Ergebnis-ID	54012
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	1,44 % - 3,61 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,98 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	5,99
Grundgesamtheit	72

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtunginterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54013</b>
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0,04 % - 0,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	12
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
78	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54015</b>
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)  
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 1,58 % - 3,08 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 2,07 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,95 % - 1 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 23

Erwartete Ereignisse 10,16

Grundgesamtheit 74

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **D50** - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

**79 Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation**

**Ergebnis-ID 54016**

Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,59 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,4 % - 1,51 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>80 Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>	
Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 17,60 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	5,99 % - 6,71 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>81</b>	<b>Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>	
	Ergebnis-ID	<b>54018</b>
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

≤ 11,06 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich

4,29 % - 4,63 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↻ unverändert

82

#### Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

Ergebnis-ID

54019

Leistungsbereich

Hüftendoprothesenversorgung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 0 % - 16,82 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 7,45 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 2,26 % - 2,4 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 19

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ➞ unverändert

83

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**

Ergebnis-ID 54120

Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 0 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 2,25 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,99 % - 1,07 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,47

Grundgesamtheit 5

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ➔ unverändert



84	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191914</b>
	Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0,32 % - 1,98 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,02 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	4,89
	Grundgesamtheit	74
85	<b>Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50481</b>
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 11,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,05 % - 3,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54020</b>
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	78,68 % - 98,15 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,87 % - 98,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,39 % - 96,86 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>88</b>	<b>Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54022</b>
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 86,00 %
	Vertrauensbereich	93,61 % - 94,41 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
89	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54028</b>
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)  
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 0 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 4,24 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,85 % - 0,98 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,23

Grundgesamtheit 27

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ➔ unverändert

90	<b>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54123</b>
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4,70 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,2 % - 1,31 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
91	<b>Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54124</b>
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,73 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

92	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 13,45 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,92 % - 4,6 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
93	<b>Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54127</b>
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>          Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	24
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
94	<b>Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf</b>	
	Ergebnis-ID	54128
	Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	76,16 % - 100 %
-------------------	-----------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 98,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,78 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	11

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

95

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Ergebnis-ID	50050
-------------	-------

Leistungsbereich	Neonatologie
------------------	--------------

Art des Wertes	TKez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                  Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	Fachlicher Hinweis IQTIG	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,87 % - 1,08 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
96	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50052</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umse](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse)

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

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

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,07 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

97

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50053</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,08 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
98	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50060</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50062</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,84 % - 0,95 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
100	Durchführung eines Hörtests	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50063</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,98 % - 98,15 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**101 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50069</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

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

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,86 % - 1,02 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50074</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gr](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr)

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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,27 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103 Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51070</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Gru](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru)

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,41 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104

**Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51076</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umse](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,93 % - 3,61 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

105	<b>Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
-----	---

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51078</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,87 % - 3,75 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

106	<b>Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
-----	---

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51079</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umse](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse)

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	5,15 % - 6,19 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

107

**Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

**Ergebnis-ID** 51832

Leistungsbereich Neonatologie

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umse](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse)

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3,68 % - 4,43 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

108	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51837</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p>
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,92 % - 1,11 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
109	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51838</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,49 % - 1,97 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>110</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51843</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>



BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,69 % - 0,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
111 Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51901</b>
Leistungsbereich	Neonatologie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</a></p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,08 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

112	Zunahme des Kopfumfangs	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52262</b>
	Leistungsbereich	Neonatologie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 22,38 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	9,43 % - 10,38 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
113	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2005</b>
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	98,71 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	294
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	294
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
114	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>	
	Ergebnis-ID	2006
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umse](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse)  
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 98,68 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Vertrauensbereich 98,59 % - 98,68 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 288

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 288

115

Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)

Ergebnis-ID 2007

Leistungsbereich Ambulant erworbene Pneumonie

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
[https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umse](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse)

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,92 % - 97,62 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
116	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,54 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,17 % - 95,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	259
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	259

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>117</b>	<b>Frühmobilisation nach Aufnahme</b>
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2013</b>
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,25 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	94,11 % - 94,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	136
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	136
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

118	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2028</b>
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	97,99 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,94 % - 96,13 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	187
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	187
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
119	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2036</b>
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a>                  Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	97,03 % - 99,91 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,51 % - 98,63 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	186
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	187
120	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>	
	<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50722</b>
	Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>



RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,67 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	284
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	284
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

121	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p><a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,69 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	24,34
Grundgesamtheit	265
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

**122 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>231900</b>
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  <a href="https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse">https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</a></p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	9,56 % - 17,24 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,76 % - 13,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	38
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	294

**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 Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.  
 Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

**Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:**

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
2	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Ja
3	MRE	Ja

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

Trifft nicht zu

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

Trifft nicht zu

Leistungsbereich:	Gallenblasenentfernung bei Gallensteinen
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Transfusion / Blutung während des Krankenhausaufenthalts, Sonstige Komplikationen nach dem Eingriff, Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff
Ergebnis:	Gesamtbewertung für diesen Leistungsbereich: 3 Lebensbäume = Überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	Abrechnungsdaten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	

Quellenangabe:	<a href="https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/">https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/</a>
Leistungsbereich:	Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Sterblichkeit nach Eingriff, Sonstige Komplikationen nach Eingriff, Erneuter therapeutischer Herzkatheter (PCI) innerhalb von 91 bis 365 Tagen nach Entlassung, Bypass-Operation nach Entlassung
Ergebnis:	Gesamtbewertung für diesen Leistungsbereich: 3 Lebensbäume = überdurchschnittliche Qualität
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	Abrechnungsdaten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	<a href="https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/">https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/</a>

## 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

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	28
Begründung:	MM08: Bestätigte Prognose. Mengenmäßige Erwartung wurde jedoch nicht erreicht
Erläuterungen:	Die Kreiskliniken haben den Verbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen unterjährig die vorläufige Aussetzung der Leistung "Knie-TEP" am Standort Groß-Umstadt erklärt, da die Mindestmenge für das Berichtsjahr 2019 voraussichtlich verfehlt würde. Die Leistungserbringung am Standort Jugenheim (359 Leistungen) ist hiervon nicht betroffen.

### C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	28
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	0
Prüfung durch Landesverbände:	Nein
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein

Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:

Nein

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

Trifft nicht zu

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	73
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	52
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	45

\* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatrie
Station:	Station 1
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Geriatrie
Station:	Station 1
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Station 5
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100

Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Station 5
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 2, 7, 8
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 2, 7, 8
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 1
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	88,77

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 1
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	92,88

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Station 5
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	83,56

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Station 5
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	79,45

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 2
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	90,91

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 2
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	87,01

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 7
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	95,07

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 7
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	91,51

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 8
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	87,15

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	Station 8
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	91,32

## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg entwickeln ihr Leistungsangebot ständig weiter. Hierbei soll unser Qualitätsmanagementsystem diesen Veränderungsprozess aktiv unterstützen und einen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung leisten, sowie uns bei der Umsetzung der in unserem Leitbild formulierten und festgelegten Zielsetzungen unterstützen (siehe Leitbild der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg). Zusätzlich wurde für unsere Führungskräfte ein

Führungsleitbild implementiert (siehe Führungsleitbild der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg). Neben einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ist uns die Sicherheit der Patienten ein besonderes Anliegen. Die Transparenz und die Nachhaltigkeit unserer Prozesse sowie der wertschätzende Umgang mit unseren Mitarbeitern, zuweisenden Ärzten bzw. Kliniken und Lieferanten dienen dafür als Basis. Unser Qualitätsmanagement ist das zentrale verbindende Element, um andauernde und nachhaltige Verbesserungen in den Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg sicherzustellen. Aufbau und Struktur folgen den Vorgaben der DIN EN ISO 9001.

## **D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission**

### **1 - Präambel**

Der Landkreis Darmstadt-Dieburg hat die gesetzliche Verpflichtung, die medizinische Versorgung der Bevölkerung des Landkreises mit Krankenhausleistungen der Grund- und Regelversorgung im Kreisgebiet sicher zu stellen. Unser Anspruch ist diesem gesetzlichen Auftrag gewissenhaft und verantwortlich nachzukommen. Über dieser, in der sozialen Gesetzgebung niedergelegten Verpflichtung stehen allerdings noch die im Grundgesetz verankerten menschlichen Grundrechte. Die Unantastbarkeit der menschlichen Würde (vgl. GG, Artikel 1) ist unser oberstes Prinzip.

Das Kreiskrankenhaus Jugenheim als Haus der Grundversorgung ist durch seine Spezialisierung auf den Gebieten der Chirurgie (Gelenkendoprothetik) und des Zentrums für Akute und Postakute Intensivmedizin ideal in seine lokalen Strukturen eingebettet und stellt damit einen wichtigen Bestandteil der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung dar. Das Kreiskrankenhaus Groß-Umstadt ist ein Haus der Regelversorgung und als regionaler Ansprechpartner fest etabliert.

### **2 - Unsere Verantwortung gilt dem Patienten und seinen Angehörigen**

Die Zufriedenheit unserer Patienten ist ein wichtiges Ziel unseres Tuns. Kompetenz, Fürsorge und Menschlichkeit kommen in einer partnerschaftlichen, wertschätzenden Interaktion zum Ausdruck. Die Behandlung und Betreuung einer Erkrankung bezieht sich nicht nur auf ihre Symptome, sondern auf den ganzen Menschen. Daher versuchen wir eine persönliche Atmosphäre des Vertrauens, der Sicherheit und der Geborgenheit zu schaffen. Wir bemühen uns Ängste zu nehmen und behandeln den Menschen als Individuum mit dem Recht auf Diskretion. Unser Anliegen ist es, Wünsche angemessen zu berücksichtigen. Wir sehen den Patienten nicht isoliert, sondern als Teil eines sozialen Systems, beziehen daher auch Angehörige mit ein und schaffen somit Sicherheit und Qualität, auch über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus.

### **3 - Teamarbeit heißt sich der gemeinsamen Verantwortung bewusst zu sein**

Patientenzufriedenheit und wirtschaftliche Erfolge werden nur erreicht, wenn alle Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten und gemeinsame Ziele verfolgen. Darum sind wir bestrebt, berufsgruppenspezifische Egoismen abzubauen und uns als ein Team zu begreifen. Die komplexen Anforderungen im Arbeitsalltag eines Krankenhauses erfordern einen kooperativen Führungsstil. Mitarbeiter in leitender Position sind sich ihrer Vorbildfunktion stets bewusst.

### **4 - Kooperationspartner**



Wir streben eine angemessene Vernetzung und Kooperation mit anderen Kliniken, niedergelassenen Ärzten sowie Sozial- und Gesundheitseinrichtungen an.

#### **5 - Wirtschaftlichkeit**

Unser Handeln ist nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgerichtet, um die Existenz beider Krankenhäuser zu sichern. Unser Ziel ist es, Erträge zu erwirtschaften, um Investitionen zu ermöglichen und damit wettbewerbsfähig zu bleiben.

#### **6 - Öffentlichkeitsarbeit**

Die Kreiskrankenhäuser des Landkreises Darmstadt-Dieburg sind ein fester Bestandteil der lokalen Infrastruktur. Daher wollen wir durch unsere Öffentlichkeitsarbeit die Häuser und ihre Leistungen darstellen und für die Menschen, die hier wohnen, Ansprechpartner sein. So ist die Zusammenarbeit mit Behörden, Selbsthilfeorganisationen und den politischen Organen für uns selbstverständlich. Auch Informationsveranstaltungen zu diversen Themen zählen zu unserem Angebot und ergänzen unser Anliegen einer maximalen Transparenz.

#### **7 - Qualitätssicherung**

Wir arbeiten auf einem qualitativ hochwertigen Niveau. Wir sind bestrebt, die jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in unsere Arbeit zu integrieren und so unsere Qualität stetig zu steigern. Unser umfassendes Beschwerdemanagement ist eine konstruktive Instanz, die Kritik und Verbesserungsvorschläge entwicklungsfördernd bearbeitet.

#### **8 - Ökologie**

Der Erhalt und die Förderung des ökologischen Gleichgewichts für uns und die folgenden Generationen ist ein zentrales Ziel unseres Bestrebens und erfolgt gewissenhaft.

#### **9 - Zukunftssicherung**

In Zeiten sozialer Unsicherheiten versuchen wir einen Kontrapunkt zu setzen und den Mitarbeitern existentielle Sicherheit zu bieten.

### **D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses**

Der Qualitätsmanagementansatz der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg ist ein prozessorientierter Ansatz, der sich am Leitbild, am Führungsleitbild und an der Qualitätspolitik- und den Qualitätszielen der Kreiskliniken orientiert. Aufbau und Struktur folgen der DIN EN ISO 9001.

#### **D-1.2.1 Patientenorientierung**

Die Zufriedenheit unserer Patienten ist ein wichtiges Ziel unseres Tuns. Kompetenz, Fürsorge und Menschlichkeit kommen in einer partnerschaftlichen, wertschätzenden Interaktion zum Ausdruck. Die Behandlung und Betreuung einer Erkrankung bezieht sich nicht nur auf ihre Symptome, sondern auf den ganzen Menschen. Daher versuchen wir eine persönliche Atmosphäre des Vertrauens, der Sicherheit und der Geborgenheit zu schaffen. Wir bemühen uns Ängste zu nehmen und behandeln den Menschen als Individuum mit dem Recht auf Diskretion. Unser Anliegen ist es, Wünsche angemessen zu berücksichtigen. Wir sehen den Patienten nicht isoliert, sondern als Teil eines sozialen Systems, beziehen daher auch Angehörige mit ein und schaffen somit Sicherheit und

Qualität, auch über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus.

### **D-1.2.2 Verantwortung und Führung**

Wir streben eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau unter Berücksichtigung ethisch-moralischer und wirtschaftlicher Gesichtspunkte an. Führung heißt für uns, alle Aktivitäten der Mitarbeiter auf das Erreichen der Unternehmensziele auszurichten. Wir glauben, dass dies nur mit motivierten und zufriedenen Mitarbeitern zu erreichen ist. Voraussetzungen hierfür sind flache Hierarchien, gegenseitiger Respekt, transparente Entscheidungsprozesse und eine qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die Führungskräfte unseres Unternehmens verpflichten sich zu vorbildlichem Handeln und sorgen für ein hohes Maß an Wertschätzung und Verlässlichkeit. Wir pflegen eine vertrauensvolle Kommunikation auf allen Ebenen des Unternehmens. Kritik sprechen wir offen an und gehen mit Fehlern konstruktiv um. Wir halten uns verbindlich an getroffene Entscheidungen und vertreten sie loyal. Unsere gemeinsame Aufgabe ist es, Prozesse effektiv und konsequent zu gestalten.

### **D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung**

Patientenzufriedenheit und wirtschaftliche Erfolge werden nur erreicht, wenn alle Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten und gemeinsame Ziele verfolgen. Darum sind wir bestrebt, berufsgruppenspezifische Egoismen abzubauen und uns als ein Team zu begreifen. Die komplexen Anforderungen im Arbeitsalltag eines Krankenhauses erfordern einen kooperativen Führungsstil. Mitarbeiter in leitender Position sind sich ihrer Vorbildfunktion stets bewusst.

### **D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit**

Unser Handeln ist nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgerichtet, um die Existenz beider Krankenhäuser zu sichern. Unser Ziel ist es, Erträge zu erwirtschaften, um Investitionen zu ermöglichen und damit wettbewerbsfähig zu bleiben.

### **D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern**

**Ziel und Zweck einer gelebten Fehlerkultur:**

- Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeiter
- Durch das Erkennen von Fehlern können Behandlungsprozesse optimiert werden
- Steigerung der Patientensicherheit durch risikopräventive Maßnahmen
- Erhöhung des Qualitätsstandards der Patientenversorgung im medizinischen und pflegerischen Bereich durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter
- Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit der Kreiskliniken und damit die Standortsicherung
- Reduktion von Haftpflichtschäden
- Schaffung einer offenen Fehlerkultur für Mitarbeiter und Patienten
- Erhöhung der Arbeitssicherheit der Mitarbeiter
- Zertifizierung weiterer Fachabteilungen

### **D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess**

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg entwickeln ihr Leistungsangebot ständig weiter. Hierbei soll unser Qualitätsmanagementsystem diesen Veränderungsprozess aktiv unterstützen und einen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung leisten, sowie uns bei der Umsetzung der in unserem Leitbild formulierten und festgelegten Zielsetzungen unterstützen. Die Transparenz und die Nachhaltigkeit unserer Prozesse sowie der wertschätzende Umgang mit unseren Mitarbeitern, zuweisenden Ärzten bzw. Kliniken und Lieferanten dienen als Basis. Unser Qualitäts- und Risikomanagement ist das zentrale verbindende Element, um andauernde und nachhaltige Verbesserungen in den Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg sicherzustellen. Aufbau und Struktur folgen den Vorgaben der DIN EN ISO 9001 und der ONR 49003. Bei der Erfüllung des öffentlichen Leistungsauftrages, der patientenorientierten Weiterentwicklung des Krankenhauses und der Erreichung der strategischen Unternehmensziele entstehen viele verschiedene Chancen und Risiken, die systematisch ermittelt, bewertet, bewältigt und gesteuert werden. Unter einem Risiko werden potentielle Gefährdungen und Bedrohungen verstanden, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreten und schwerwiegende Auswirkungen auf die Ziele und Finanzen des Unternehmens, auf Sicherheit und Gesundheit der Menschen und auf die technische Funktions- und Leistungsfähigkeit haben.

## **D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

**Wesentliche Aufgaben des internen Qualitätsmanagement sind:**

- Ständige Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems
- Gute Zusammenarbeit mit allen Klinikbereichen zu Fragestellungen, die das Qualitätsmanagement betreffen
- Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung von Zertifizierungen nach den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015 sowie Zertifizierungsverfahren einzelner Bereiche nach den Vorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften
- Durchführung interner Audits und die Erarbeitung von Massnahmenplänen
- Begleitung und Durchführung von Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen
- Erstellung des Strukturierten Qualitätsberichts nach § 137 SGB V
- Kontinuierliche Pflege des klinikeigenen Intranets
- Durchführung von QM-Schulungen von Mitarbeitern
- Unterricht von QM-Themen in der Krankenpflegeschule
- Austausch im Rahmen des bundesweiten Clinotel-Verbunds

**Insbesondere sind auch die Bereiche Risikomanagement und Beschwerdemanagement hervorzuheben (siehe hierzu Kapitel A-12).**

## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

### Instrumente des Qualitätsmanagements

- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einweiserbefragungen
- CIRS (Critical Incident Reporting System)
- Beschwerdemanagement
- Externe Qualitätssicherung
- Durchführung von SWOT-Analysen
- Auswertung und Analyse von Fehlersammellisten
- Orientierung an den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2015
- Orientierung an Leitlinien und Standards
- Qualitätszirkel
- Benchmark über den Clinotel-Verbund

## D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

### Projekte des Qualitätsmanagements

- Optimierung des Dokumentenmanagementsystems mit der geplanten Einführung eines neuen klinikinternen Intranets
- Durchführung interner Audits (Zertifizierungsvorbereitung DIN EN ISO 9001:2015)
- Weiterentwicklung klinisches Risikomanagement