

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	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten	10
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	25
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	26
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	28
B-[1] Klinik für Innere Medizin I (Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie)	28
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	28
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	29
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	29

B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	30
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	31
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	31
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	33
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	33
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	33
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	34
B-[1].11	Personelle Ausstattung	34
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	34
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	34
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	34
B-[1].11.2	Pflegepersonal	35
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	35
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	35
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	36
B-[2]	Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugenheim	36
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	36
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	36
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	37
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	37
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	37
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	38
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	38
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	39

B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	40
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	41
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	42
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	42
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	43
B-[2].11	Personelle Ausstattung	43
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	43
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	43
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	43
B-[2].11.2	Pflegepersonal	44
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	44
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	44
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	45
B-[3]	Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie)	45
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	45
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	46
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	47
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	48
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	48
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	50
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	50

B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	51
B-[3].11	Personelle Ausstattung	51
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	51
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	51
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	51
B-[3].11.2	Pflegepersonal	52
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	52
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	52
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	53
B-[4]	Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin	53
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	53
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	53
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	54
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	54
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	54
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	55
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	55
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	57
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	57
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	57
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	57
B-[4].11	Personelle Ausstattung	57
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	58
B-[4].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	58

B-[4].11.1	Zusatzweiterbildung	58
B-[4].11.2	Pflegepersonal	58
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	59
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	59
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	59
B-[5]	Klinik für Geriatrie	59
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	60
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	60
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	60
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	60
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	61
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	63
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	63
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	64
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	64
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	64
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	65
B-[5].11	Personelle Ausstattung	65
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	65
B-[5].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	65
B-[5].11.1	Zusatzweiterbildung	65
B-[5].11.2	Pflegepersonal	66
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	66
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	66

B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	67
B-[6]	Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	67
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	68
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	68
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	68
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	68
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	69
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	69
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	69
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	69
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	70
B-[6].11	Personelle Ausstattung	70
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	70
B-[6].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	70
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung	70
B-[6].11.2	Pflegepersonal	71
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	71
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	71
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	72
B-[7]	Klinik für Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie	72
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	72

B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	73
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	73
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	73
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	74
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	75
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	75
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	76
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	77
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	77
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-[7].11	Personelle Ausstattung	78
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	78
B-[7].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	78
B-[7].11.1	Zusatzweiterbildung	78
B-[7].11.2	Pflegepersonal	79
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	79
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	79
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	79
B-[8]	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	80
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	80
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	80
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	81
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	81
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	81
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	83

B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	83
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	84
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	84
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	86
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	86
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	87
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	87
B-[8].11	Personelle Ausstattung	88
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	88
B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	88
B-[8].11.1	Zusatzweiterbildung	88
B-[8].11.2	Pflegepersonal	88
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	89
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	89
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	89
B-[9]	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie	90
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	90
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel	90
B-[9].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	90
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	90
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	93
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	95

B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	96
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	96
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	96
B-[9].11	Personelle Ausstattung	96
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen	96
B-[9].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	97
B-[9].11.1	Zusatzweiterbildung	97
B-[9].11.2	Pflegepersonal	97
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	98
B-[10]	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	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	99
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	100
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD	100
B-[10].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	101
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	101
B-[10].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	103
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	103
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	103
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	104
B-[10].11	Personelle Ausstattung	104

B-[10].11.Ärzte und Ärztinnen	104
B-[10].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	104
B-[10].11.Zusatzweiterbildung	104
B-[10].11.Pflegepersonal	105
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	105
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	105
B-[10].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	105
B-[11] Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)	106
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	106
B-[11].1.1Fachabteilungsschlüssel	106
B-[11].1.2Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	106
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	107
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	107
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	107
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD	107
B-[11].6.1Hauptdiagnosen 3-stellig	108
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	108
B-[11].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	110
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	111
B-[11].11 Personelle Ausstattung	111
B-[11].11.11.Ärzte und Ärztinnen	111
B-[11].11.11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	111
B-[11].11.11.Zusatzweiterbildung	111
B-[11].11.11.Pflegepersonal	112

B-[11].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	112
B-[11].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	112
B-[11].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	113
B-[12] Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	113
B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	113
B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel	114
B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	114
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	115
B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD	115
B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	115
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	115
B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	117
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	117
B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	118
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	118
B-[12].11 Personelle Ausstattung	118
B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen	118
B-[12].11.2 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	118
B-[12].11.3 Zusatzweiterbildung	118
B-[12].11.4 Pflegepersonal	119
B-[12].11.5 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	119
B-[12].11.6 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	119
B-[12].11.7 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	119
B-[13] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	119

B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	120
B-[13].1.1	Fachabteilungsschlüssel	120
B-[13].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	120
B-[13].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	120
B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	121
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	121
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD	122
B-[13].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	123
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	123
B-[13].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	124
B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	125
B-[13].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	125
B-[13].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	125
B-[13].11	Personelle Ausstattung	125
B-[13].11	Ärzte und Ärztinnen	125
B-[13].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	126
B-[13].11	Zusatzweiterbildung	126
B-[13].11	Pflegepersonal	126
B-[13].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	127
B-[13].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	127
B-[13].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	127
B-[14]	Belegklinik für HNO-Erkrankungen	127
B-[14].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	128
B-[14].1.1	Fachabteilungsschlüssel	128
B-[14].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	128
B-[14].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	128

B-[14].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	129
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	129
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD	129
B-[14].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	129
B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	130
B-[14].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	130
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	131
B-[14].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	131
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	131
B-[14].11	Personelle Ausstattung	131
B-[14].11.1	Ärzte und Ärztinnen	131
B-[14].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	131
B-[14].11.3	Zusatzweiterbildung	132
B-[14].11.4	Pflegepersonal	132
B-[14].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	132
B-[14].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	132
B-[14].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	133
B-[15]	Klinik für Radiologie	133
B-[15].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	133
B-[15].1.1	Fachabteilungsschlüssel	133
B-[15].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	133
B-[15].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	134
B-[15].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	134
B-[15].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	135
B-[15].6	Hauptdiagnosen nach ICD	135
B-[15].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	135

B-[15].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	135
B-[15].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	136
B-[15].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	136
B-[15].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	137
B-[15].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	137
B-[15].11	Personelle Ausstattung	137
B-[15].11	Ärzte und Ärztinnen	137
B-[15].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	137
B-[15].11	Zusatzweiterbildung	137
B-[15].11	Pflegepersonal	138
B-[15].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	138
B-[15].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	138
B-[15].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	138
C	Qualitätssicherung	138
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	139
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	310
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	311
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	311
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	312
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.312 2 SGB V	312
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 313 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	313
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	313
D	Qualitätsmanagement	316
D-1	Qualitätspolitik	317

D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	320
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	321
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	321

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 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

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Justina Bergmann, Qualitätsmanagement
Telefon:	06078 79 1005
Fax:	

E-Mail:

j.bergmann@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	2300	Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugendheim
3	Hauptabteilung	0300	Klinik für Innere Medizin II (Kardiologie)
4	Hauptabteilung	3690	Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin
5	Hauptabteilung	0200	Klinik für Geriatrie
6	Hauptabteilung	0260	Klinik für Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflugesätze)
7	Hauptabteilung	1500	Klinik für Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie
8	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
9	Hauptabteilung	1900	Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie
10	Hauptabteilung	2400	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
11	Hauptabteilung	2900	Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)
12	Hauptabteilung	2960	Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflugesätze)
13	Hauptabteilung	3600	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
14	Belegabteilung	2600	Belegklinik für HNO-Erkrankungen
15	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:	99
Telefon-Vorwahl:	06078
Telefon:	790
Krankenhaus-URL:	http://www.kreiskliniken-dadi.de

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:	info@kreiskliniken-dadi.de
Standort-URL:	http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de

Standort-Name:	Kreisklinik Jugenheim
PLZ:	64342
Ort:	Seeheim-Jugenheim
Straße:	Hauptstr.
Hausnummer:	30
IK-Nummer:	260610690
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	info@kreiskliniken-dadi.de
Standort-URL:	http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Christoph Dahmen, Betriebsleiter
Telefon:	06078 79 1001
Fax:	06078 79 1801
E-Mail:	c.dahmen@kreiskliniken-dadi.de

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

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

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

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

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

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

Standort:	Kreisklinik Jugenheim
Leitung:	
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 Jugenheim
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

Standort:	Kreisklinik Jugenheim
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Walter Dotzel, Ärztlicher Leiter, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I in der Kreisklinik Groß-Umstadt
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

Die Kreisklinik Jugenheim verfügt über eine Sektion ANOA (Konservative orthopädische Behandlung).

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
2	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie</i>
3	Medizinische Fußpflege
4	Wundmanagement
5	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
6	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
7	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
8	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
9	Stillberatung
10	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
11	Aromapflege/-therapie
12	Basale Stimulation
13	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
14	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
15	Diät- und Ernährungsberatung
16	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
17	Atemgymnastik/-therapie
18	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
19	Akupunktur
20	Kinästhetik
21	Ergotherapie/Arbeitstherapie
22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
23	Fußreflexzonenmassage
24	Schmerztherapie/-management
25	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
26	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
27	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
28	Manuelle Lymphdrainage

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
29	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung</i>
30	Massage <i>z. B. Akupunktmassage, Binde- gewebsmassage, Shiatsu</i>
31	Musiktherapie
32	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
33	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>z. B. Erweiterte Ambulante Physio-therapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i>
34	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>z. B. Nordic-Walking</i>
35	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie</i>
36	Spezielle Entspannungstherapie <i>z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais</i>
37	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
38	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
39	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
40	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
41	Akupressur
42	Sozialdienst
43	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
44	Physikalische Therapie/Bädertherapie
45	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
46	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>
2	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

LEISTUNGSANGEBOT	
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>
2	Besondere personelle Unterstützung
3	Diätetische Angebote

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
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	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
8	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
9	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
10	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
11	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
12	Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
13	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
14	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerichten Sanitäranlagen

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	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
4	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
5	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

Praktikum für Physio-/ Ergotherapie und Logopäden.

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 461

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	13227
Teilstationäre Fallzahl:	764
Ambulante Fallzahl:	22207

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	139,94	137,60	2,34	3,20 ¹⁾	136,74
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	74,21	74,21	0,00	0,00 ²⁾	74,21
Belegärztinnen und Belegärzte	2				

Abkürzungen:

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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ 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	314,20 0,00	294,93 0,00	19,27 0,00	0,00 ¹⁾ 0,00	314,20 0,00
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	51,53 0,00	51,53 0,00	0,00 0,00	0,00 ³⁾ 0,00	51,53 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 ⁴⁾ 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 ⁵⁾ 0,00	15,20 0,00

Abkürzungen:

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

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

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

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

⁴⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁵⁾ 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 ¹⁾	3,00
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	2,00	2,00	0,00	0,00 ²⁾	2,00
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	1,00	1,00	0,00	0,00 ³⁾	1,00
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	4,20	4,20	0,00	0,00 ⁴⁾	4,20

Abkürzungen:

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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

³⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁴⁾ 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 ¹⁾	1,50
Ergotherapeutin und Ergotherapeut	4,80	4,80	0,00	0,00 ²⁾	4,80
Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagoge	0,70	0,70	0,00	0,00 ³⁾	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 ⁴⁾	0,70
Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	14,20	14,20	0,00	0,00 ⁵⁾	14,20
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 ⁶⁾	0,30
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	13,20	13,20	0,00	0,00 ⁷⁾	13,20
Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	7,00	7,00	0,00	0,00 ⁸⁾	7,00
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	7,40	7,40	0,00	0,00 ⁹⁾	7,40
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	3,50	3,50	0,00	0,00	3,50

Abkürzungen:

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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

³⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁴⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁵⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁶⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁷⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁸⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁹⁾ 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 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums 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 Lenkungsremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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

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

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

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen
- Qualitätszirkel
- 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	2 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	6 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	4 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	26 ⁴⁾

¹⁾ Übergreifende Hygieneabteilung für beide Kreiskliniken
²⁾ in einzelnen Abteilungen
³⁾ Übergreifende Hygieneabteilung für beide Kreiskliniken
⁴⁾ 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	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja

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

Auswahl: Ja

Die standardisierte 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 Allgeminestationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen (Einheit: ml/Patiententag):	33,5
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	121,5

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 (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

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

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 http://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/patienten-und-besucher/ihre-meinung-ist-uns-wichtig/index.html <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:	Robert Middel, Patientenfürsprecher
Telefon:	06257 5080
Fax:	

E-Mail:	r.middel@kreiskliniken-dadi.de
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:	22
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	50

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
2	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
3	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
4	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
<input type="checkbox"/>	Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
<input checked="" type="checkbox"/>	Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
<input checked="" type="checkbox"/>	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
<input type="checkbox"/>	Andere

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

<input type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
2	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja
	<i>inklusive intravaskulärer Ultraschall und Rotationsablationsgerät</i>		
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
	<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
	<i>Geräte stehen auf der Intensivstation (ZAPI)</i>		
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:

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- 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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/clinik-fuer-innere-medizin-i-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie/

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
12	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
13	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	43
11	K29.6	Sonstige Gastritis	38
12	K29.1	Sonstige akute 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	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	31
16	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 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	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	19
27	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	19
28	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	24
21	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	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	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	16
27	8-543.13	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	16

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	15
29	5-429.a	Andere Operationen am Ösophagus: (Endoskopische) Ligatur (Banding) von Ösophagusvarizen	14
30	5-449.d3	Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch	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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	< 4
6	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	< 4
7	5-431	Gastrostomie	< 4
8	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4
9	5-429	Andere Operationen am Ösophagus	< 4
10	1-641	Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege	< 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 ¹⁾	18,09	139,2
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,87	5,87	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ 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 ¹⁾	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

¹⁾ 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
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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
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 Orthopädie und Traumatologie Jugenheim

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Orthopädie und Traumatologie Jugenheim
Straße:	Hauptstr.
Hausnummer:	30
PLZ:	64342
Ort:	Seeheim-Jugenheim
URL:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-jugenheim/klinik-fuer-orthopaedie-und-traumatologie-jugenheim/

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2300) Orthopädie

B-[2].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 Orthopädie und Traumatologie Jugenheim
Telefon:	06257 508 196
Fax:	06257 508 505
E-Mail:	d.keilmann@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Hauptstr. 30
PLZ/Ort:	64342 Seeheim-Jugenheim

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	Fußchirurgie
2	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
3	Wirbelsäulenchirurgie
4	Handchirurgie
5	Metall-/Fremdkörperentfernungen
6	Schulterchirurgie
7	Septische Knochenchirurgie
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
15	Sportmedizin/Sporttraumatologie
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
17	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
18	Amputationschirurgie
19	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
20	Bandrekonstruktionen/Plastiken
21	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
22	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
23	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
24	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
25	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
26	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
27	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
28	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
29	Kinderorthopädie
30	Spezialsprechstunde
31	Endoprothetik
32	Rheumachirurgie
33	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
34	Traumatologie
35	Arthroskopische Operationen

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

Vollstationäre Fallzahl:	1411
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	370
2	M54.4	Lumboischialgie	252

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	214
4	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	58
5	M54.5	Kreuzschmerz	53
6	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	26
7	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	24
8	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	24
9	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	18
10	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	18
11	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	17
12	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	17
13	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	14
14	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	12
15	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	11
16	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	10
17	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	10
18	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	9
19	M24.85	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	9
20	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	8
21	M20.1	Hallux valgus (erworben)	8
22	S83.0	Luxation der Patella	7
23	S82.0	Fraktur der Patella	7
24	M75.2	Tendinitis des M. biceps brachii	6
25	M67.86	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Synovialis und der Sehnen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	6
26	M24.66	Ankylose eines Gelenkes: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	6
27	M23.30	Sonstige Meniskusschädigungen: Mehrere Lokalisationen	6
28	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
29	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	4
30	M23.35	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Außenmeniskus	4

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	405
2	M54	Rückenschmerzen	311
3	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	278

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-86a.20	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Computergestützte Planung von Operationen an den Extremitätenknochen: Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten	534
2	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	356
3	5-988.3	Anwendung eines Navigationssystems: Optisch	290
4	8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	243
5	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	243
6	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	238
7	5-822.81	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarrückfläche, zementiert	162
8	8-914.02	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	125
9	5-041.8	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Bein	105
10	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	84
11	8-918.11	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	68
12	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	45
13	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	42
14	5-829.e	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial	30

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	28
16	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	28
17	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	28
18	5-823.27	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel	27
19	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	26
20	5-805.6	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale	25
21	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	25
22	5-800.4h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	23
23	5-782.a0	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Klavikula	21
24	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	20
25	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	17
26	5-782.b0	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula	17
27	5-829.k2	Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Schaftkomponente mit einer dem Knochendefekt entsprechenden Länge und Dicke	16
28	5-804.8	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Rekonstruktion des medialen patellofemorales Ligamentes [MPFL]	15
29	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	15
30	5-850.18	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Oberschenkel und Knie	15

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	550
2	5-86a	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	534
3	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	292
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	292
5	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	243
6	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	105
7	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	92
8	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	87
9	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	84
10	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	74

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSSTUNDE VON HERRN CHEFARZT PROF. DR. MED. SCHRÄDER
	Privatambulanz
2	AMBULANZ/SPRECHSTUNDE DER KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE JUGENHEIM
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
3	SPRECHSTUNDE FÜR ARBEITSUNFÄLLE (FREITAG 9 ⁰⁰ -11 ⁰⁰)
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
4	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT PROF. DR. MED. SCHRÄDER
	Privatambulanz
5	INDIKATIONSSPRECHSTUNDE ENDOPROTHETIK DURCH SÄMTLICHE OBERÄRZTE DER KLINIK
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	76
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	54
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	28

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
5	5-841	Operationen an Bändern der Hand	5
6	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	5
7	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	4
8	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	4
9	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
10	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4

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

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

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	14,97	14,24	0,73	0,00	14,97	94,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,17	7,17	0,00	0,00	7,17	196,8

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Physikalische Therapie und Balneologie
2	Spezielle Schmerztherapie
3	Akupunktur
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
5	Manuelle Medizin/Chirotherapie
6	Orthopädische Rheumatologie
7	Spezielle Unfallchirurgie

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	33,80	33,80	0,00	0,00	33,80	41,7
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	10,70	10,70	0,00	0,00	10,70	131,9

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

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	Praxisanleitung
3	Bachelor
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Basale Stimulation
3	Palliative Care
4	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
5	Dekubitusmanagement
6	Sturzmanagement
7	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 Innere Medizin II (Kardiologie)

B-[3].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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-innere-medizin-ii-kardiologie-und-angiologie/

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0300) Kardiologie

B-[3].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

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	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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	3380
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].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
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	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	34
20	R06.0	Dyspnoe	34

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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-[3].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

B-[3].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 Gefäßverschlussystems: 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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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
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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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-[3].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-[3].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-[3].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-[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	20,14	20,14	0,00	0,00 ¹⁾	20,14	167,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,39	7,39	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

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

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

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	31,08	29,90	1,18	0,00 ¹⁾	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

¹⁾ 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	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Intermediate Care Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Schmerzmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
	<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-[3].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-[4] Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Zentrum für Akute und Postakute Intensivmedizin
Straße:	Hauptstr.
Hausnummer:	30
PLZ:	64342
Ort:	Seeheim-Jugenheim
URL:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-jugenheim/zentrum-fuer-akute-und-postakute-intensivmedizin/

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3690) Intensivmedizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten(II)

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Patrick Schmenger, Chefarzt des Zentrums für Akute und Postakute Intensivmedizin
Telefon:	06257 508 541
Fax:	06257 508 546
E-Mail:	p.schmenger@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Hauptstr. 30
PLZ/Ort:	64342 Seeheim-Jugenheim

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:

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Intensivmedizin
2	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <i>im Rahmen der Intensivtherapie</i>
3	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis <i>im Rahmen der Intensivtherapie</i>
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura <i>im Rahmen der Intensivtherapie</i>
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>im Rahmen der Intensivtherapie</i>
6	Entwöhnung (Weaning) von der Beatmung

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

Vollstationäre Fallzahl:	115
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation	57
2	J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation	18
3	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	16
4	J96.01	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	13
5	J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	4
6	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	< 4
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
8	J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	< 4
9	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	< 4

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	528
2	8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	373
3	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	270
4	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	194
5	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	93
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	89
7	1-900.0	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik: Einfach	71
8	8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	58
9	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	53

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	51
11	8-718.4	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage	42
12	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	39
13	5-916.a2	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und/oder Sternum	36
14	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	33
15	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	28
16	8-718.5	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage	20
17	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	20
18	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	20
19	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	20
20	8-718.3	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage	17
21	8-854.5	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	17
22	5-916.ax	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Sonstige	15
23	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	15
24	8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	13
25	8-980.31	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1381 bis 1656 Aufwandspunkte	13
26	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	12
27	8-980.41	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 Aufwandspunkte	11
28	8-980.40	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	11

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	6-002.pa	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 500 mg bis unter 600 mg	11
30	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	11

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854	Hämodialyse	650
2	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	528
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	364
4	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	111
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	94
6	8-718	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung	91
7	5-916	Temporäre Weichteildeckung	90
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	89
9	1-900	Psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik	71
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	53

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	12,10	12,10	0,00	0,00	12,10	9,5
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	11,60	11,60	0,00	0,00	11,60	9,9

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

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

B-[4].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	47,80	36,70	11,10	0,00	47,80	2,4
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	9,50	9,50	0,00	0,00	9,50	12,1

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].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Basale Stimulation
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Bobath
5	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
6	Dekubitusmanagement
7	Sturzmanagement

B-[4].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-[5] Klinik für Geriatrie**B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0200) Geriatrie

B-[5].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:	p.stumpf@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt

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	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-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	824
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	82
2	E86	Volumenmangel	45
3	R26.2	Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert	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	M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	14
10	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	14
11	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	13
12	M54.4	Lumboischialgie	12
13	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	12
14	R55	Synkope und Kollaps	12
15	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	11
16	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	9
17	M54.5	Kreuzschmerz	9
18	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	8
19	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	8
20	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	8
21	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	8
22	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	7
23	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	7
24	S32.1	Fraktur des Os sacrum	7
25	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
26	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	7
27	M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	6
28	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	6
29	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	6

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[5].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: Erfolgreicher 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
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	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	3
18	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	3
19	5-455.61	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Offen chirurgisch mit Anastomose	2

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-792.1g	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft	2
21	8-192.1f	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel	2
22	5-787.7f	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	2
23	5-787.k1	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Humerus proximal	2
24	8-987.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	2
25	8-159.y	Andere therapeutische perkutane Punktion: N.n.bez.	2
26	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	2
27	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	2
28	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)	1
29	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	1
30	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	1

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

B-[5].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**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	7,95	7,95	0,00	0,00 ¹⁾	7,95	103,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,73	4,73	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

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	28,30	27,80	0,50	0,00 ¹⁾	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

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

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	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-[5].11.2 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-[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 Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[6].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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/geriatriische-tagesklinik/

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[6].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:	p.stumpf@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt

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	Geriatrische Tagesklinik
2	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	213

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

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

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

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. SCHUNCK
	Privatambulanz

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

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

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].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

- ¹⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie
²⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie
³⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie
⁴⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie
⁵⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie
⁶⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie
⁷⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie
⁸⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie
⁹⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie
¹⁰⁾ Aus dem ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiterpool der teilstationären und stationären Geriatrie

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinmedizin <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i>
2	Innere Medizin <i>Gleiches Personal wie in der Klinik für Geriatrie</i>

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Geriatrie <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-[6].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

¹⁾ Aus dem geriatrischen Pflegepool (stationär und teilstationär)

²⁾ Aus dem geriatrischen Pflegepool (stationär und teilstationär)

³⁾ Aus dem geriatrischen Pflegepool (stationär und teilstationär)

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	Pflege in der Rehabilitation

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatrie
2	Kinästhetik
3	Basale Stimulation
4	Bobath

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
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-[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 Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie

B-[7].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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-allgemein-und-viszeralchirurgie/

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[7].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:	allgemeinchirurgie@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt

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	Notfallmedizin
2	Kinderchirurgie
3	Native Sonographie
4	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
5	Chirurgische Intensivmedizin
6	Minimalinvasive endoskopische Operationen
7	Schrittmachereingriffe
8	Adipositaschirurgie
9	Defibrillatöreingriffe
10	Portimplantation
11	Tumorchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
12	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
13	Magen-Darm-Chirurgie
14	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

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

Vollstationäre Fallzahl:	1575
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].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	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	26
15	K62.3	Rektumprolaps	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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	12
27	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	12
28	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	12
29	N20.1	Ureterstein	12
30	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	11

B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[7].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	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	46
8	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	46
9	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	44
10	5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	39

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	5-445.51	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Mit Staplernahut oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie analog Billroth II: Laparoskopisch	38
12	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	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 ² bis unter 200 cm ²	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 Bruchfortenverschluss	25
19	5-983	Reoperation	24
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 ² bis unter 400 cm ²	18
24	5-482.b0	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, mit Stapler, perianal: Zirkulär [Manschettenresektion]	17
25	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	17
26	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	17
27	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	16
28	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	15
29	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahutgerätes und sonstiger Nahutsysteme: Zirkuläres Klammernahutgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	15
30	5-543.20	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Resektion des Omentum: Partiiell	15

B-[7].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-[7].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-[7].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	5-624	Orchidopexie	< 4
7	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
8	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	< 4
9	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 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	8,88	8,48	0,40	0,00 ¹⁾	8,88	177,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,71	6,71	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[7].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-[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	14,60	14,60	0,00	0,00 ¹⁾	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

¹⁾ 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	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

B-[7].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-[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 Unfallchirurgie und Orthopädie

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

Im Rahmen einer umfangreichen 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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-unfallchirurgie-und-orthopaedie/

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1600) Unfallchirurgie

B-[8].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

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:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[8].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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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
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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
45	Kinderorthopädie
46	Rheumachirurgie
47	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
48	Schulterchirurgie
49	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
50	Wirbelsäulenchirurgie
51	Fußchirurgie
52	Sportmedizin/Sporttraumatologie

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

Vollstationäre Fallzahl:	1136
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].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	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	29
6	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	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	S82.0	Fraktur der Patella	14
16	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	14
17	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	14
18	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	14

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	14
20	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	13
21	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	13
22	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	13
23	S20.2	Prellung des Thorax	13
24	S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)	12
25	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	12
26	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	12
27	S82.81	Bimalleolarfraktur	11
28	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	10
29	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	10
30	M54.5	Kreuzschmerz	10

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[8].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
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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	5-806.3	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht der Syndesmose	44
13	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	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	5-793.1n	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	23
24	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	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
29	5-794.2r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	18

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

B-[8].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-[8].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
	LEISTUNGEN:
	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
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

3	PRIVATAMBULANZ
	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	ENDOPROTHETIKSPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

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	8,90	8,76	0,14	0,00 ¹⁾	8,90	127,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,71	4,71	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Unfallchirurgie

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	13,50	12,30	1,20	0,00 ¹⁾	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

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

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	Praxisanleitung
3	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[8].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-[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] Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie/ Gesichtschirurgie

B-[9].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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-plastische-und-aesthetische-chirurgie/

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1900) Plastische Chirurgie

B-[9].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

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	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-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	134
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].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	L72.0	Epidermalzyste	6
5	L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	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	L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	< 4
11	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	< 4
12	Q17.5	Abstehendes Ohr	< 4
13	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	< 4
14	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
15	D22.3	Melanozytennävus sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
16	E65	Lokalisierte Adipositas	< 4
17	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	L91.0	Hypertrophe Narbe	< 4
19	H61.0	Perichondritis des äußeren Ohres	< 4
20	C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	< 4
21	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	< 4
22	M72.66	Nekrotisierende Faszitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4
23	H61.1	Nichtinfektiöse Krankheiten der Ohrmuschel	< 4
24	E88.8	Sonstige näher bezeichnete Stoffwechselstörungen	< 4
25	M87.28	Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	< 4
26	D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
27	M86.65	Sonstige chronische Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
28	C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	< 4
29	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	< 4
30	L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	< 4

B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-349.1	Andere Operationen am Thorax: Sequesterotomie an Rippe oder Sternum	141

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	5-911.0b	Gewerbereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Bauchregion	8
13	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	8
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	8
15	5-857.67	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	8
16	5-903.5a	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	8
17	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	7
18	5-902.4f	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterschenkel	7
19	8-190.40	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie nach chirurgischem Wundverschluss (zur Prophylaxe von Komplikationen): Bis 7 Tage	7

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	7
21	5-857.95	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Brustwand und Rücken	6
22	5-895.0f	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Unterschenkel	6
23	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	6
24	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	6
25	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
26	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
27	5-903.64	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	5
28	5-903.5d	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Gesäß	4
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	4
30	5-895.24	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	4

B-[9].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	18
10	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	14

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPRECHSTUNDE VON HERRN CHEFARZT DR. LANG		
	Privatambulanz		

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

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

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	4,93	4,93	0,00	0,00 ¹⁾	4,93	27,2
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,73	3,73	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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	3,22 ¹⁾	3,10	0,12	0,00 ²⁾	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

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

²⁾ 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	Hygienebeauftragte in der Pflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[9].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

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

B-[9].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-[10] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[10].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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-frauenheilkunde-und-geburtshilfe/

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. med. Peter Stuzmann, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Telefon:	06078 79 2601
Fax:	06078 79 1816
E-Mail:	frauenklinik@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt

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:

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

B-[10].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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1740
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].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
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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	17
21	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	17
22	N83.0	Follikelzyste des Ovars	16
23	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	16
24	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	16
25	N80.1	Endometriose des Ovars	16
26	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	14
27	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	13
28	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	13
29	N80.0	Endometriose des Uterus	12
30	N84.0	Polyp des Corpus uteri	12

B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	389

B-[10].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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
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 ²	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	5-932.11	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	25
25	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	25
26	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	24
27	5-728.0	Vakuumtentbindung: 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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	18

B-[10].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
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-[10].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. STUZZMANN Privatambulanz

B-[10].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	6

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	9,27	8,24	1,03	0,00 ¹⁾	9,27	187,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,88	6,88	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

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	20,80	20,50	0,30	0,00 ¹⁾	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

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ Der Kreißsaal wird durch niedergelassene Beleghebammen betreut.

B-[10].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-[10].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-[10].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-[11] Zentrum für Seelische Gesundheit (Allgemeine Psychiatrie)

B-[11].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:	http://www.psychiatrie-umstadt.de/

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie

B-[11].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:	c.schlueter@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 7
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt

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	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-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[11].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
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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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
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	9-649.57	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche	77
27	9-649.61	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	77
28	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	72
29	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	72

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	9-649.7r	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 24 Therapieeinheiten pro Woche	69

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht.

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

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	15,78	15,78	0,00	3,20 ¹⁾	12,58	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,30	4,30	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[11].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-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Spezielle Schmerztherapie
2	Suchtmedizinische Grundversorgung

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	52,90	52,90	0,00	0,00 ¹⁾	52,90	0,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	4,80	4,80	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ 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	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Diplom
	MSc Beratung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Bachelor
	BSc Psychiatrische Pflege
6	Praxisanleitung

B-[11].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

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

B-[11].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 ¹⁾	3,00	0,0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	2,00	2,00	0,00	0,00 ²⁾	2,00	0,0
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	1,00	1,00	0,00	0,00 ³⁾	1,00	0,0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	4,20	4,20	0,00	0,00 ⁴⁾	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

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

³⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

⁴⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[12] Zentrum für Seelische Gesundheit/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-[12].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:	http://www.psychiatrie-umstadt.de/

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[12].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:	j.zagler@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Steinstr. 5
PLZ/Ort:	64807 Dieburg

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 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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1
Teilstationäre Fallzahl:	166

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

B-[12].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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
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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	9-649.59	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 10 Therapieeinheiten pro Woche	20
24	9-649.56	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche	19
25	9-649.62	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	19
26	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	15
27	9-649.71	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	15
28	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	14
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-[12].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	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	< 4
8	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	< 4
9	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	< 4

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

Keine ambulanten Operationen nach OPS durchgeführt

B-[12].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	1,60	1,60	0,00	0,00 ¹⁾	1,60	0,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	0,60	0,60	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[12].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 ¹⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[12].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-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[12].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-[13] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

B-[13].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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-anaesthesie-und-intensivmedizin/

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3600) Intensivmedizin

B-[13].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:	anaesthesie@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt

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	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
4	Schmerztherapie
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-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	307
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].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
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	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	5
11	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	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	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	< 4
16	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	< 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	T78.2	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet	< 4
21	R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet	< 4
22	J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas	< 4
23	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	< 4
24	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	< 4
25	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	< 4
27	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	< 4
28	R11	Übelkeit und Erbrechen	< 4
29	N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3	< 4
30	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	< 4

B-[13].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[13].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	38
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	36
17	8-98b.00	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	35
18	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	35
19	8-98b.01	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	34
20	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	21
21	8-854.71	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	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	8-640.1	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Desynchronisiert (Defibrillation)	15
26	8-642	Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus	15
27	8-390.5	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Weichlagerungsbett mit programmierbarer automatischer Lagerungshilfe	15
28	8-607.4	Hypothermiebehandlung: Nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines sonstigen Kühlpad- oder Kühlelementesystems	15
29	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	14
30	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	14

B-[13].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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	135
7	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	116
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	104

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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	14,61	14,57	0,04	0,00 ¹⁾	14,61	21,0

- davon Fachärztinnen und Fachärzte 8,85 8,85 0,00 0,00²⁾ 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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[13].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 ¹⁾	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 ²⁾	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

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

B-[13].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-[13].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-[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

B-[14] Belegklinik für HNO-Erkrankungen**B-[14].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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/belegklinik-fuer-hno/

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[14].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:	p.repp@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt

Name/Funktion:	Dr. med. Klaus Lehmann, Belegarzt HNO
Telefon:	06078 71183
Fax:	
E-Mail:	k.lehmann@kreiskliniken-dadi.de
Adresse:	Krankenhausstr. 11
PLZ/Ort:	64823 Groß-Umstadt

B-[14].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-[14].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-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	86
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].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-[14].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**B-[14].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	5-212.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase, endonasal	2
10	5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	2
11	5-294.4	Andere Rekonstruktionen des Pharynx: (Uvulo-)Palatopharyngoplastik	2
12	5-282.x	Tonsillektomie mit Adenotomie: Sonstige	1
13	5-214.5	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur ohne Resektion	1

B-[14].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
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	5-194	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	5-294	Andere Rekonstruktionen des Pharynx	< 4
8	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	< 4

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BELEGARZTPRAXIS AM KRANKENHAUS		
	Belegarztpraxis am Krankenhaus		

B-[14].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-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].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-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Allergologie

B-[14].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

- ¹⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen
- ²⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen
- ³⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen
- ⁴⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen
- ⁵⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen
- ⁶⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen
- ⁷⁾ Das Pflegepersonal für die Belegklinik ist bei gemischter Belegung in das Pflegepersonal der jeweiligen Station integriert und wird nicht gesondert ausgewiesen

B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNT 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-[14].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**B-[14].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-[15] Klinik für Radiologie**B-[15].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:	https://www.kreiskliniken-darmstadt-dieburg.de/medizin-pflege/kreisklinik-gross-umstadt/klinik-fuer-radiologie/

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie

B-[15].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

B-[15].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-[15].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
15	Lymphographie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

16	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
17	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Entfällt da keine bettenführende Abteilung

B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**B-[15].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	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	18
16	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	18
17	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	3-056	Endosonographie des Pankreas	9
25	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	9
26	3-843.0	Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie [MRCP]: Ohne Sekretin-Unterstützung	9
27	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	6
28	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	6
29	3-100.0	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen	5
30	3-75x	Andere Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	5

B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	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

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MVZ RADIOLOGIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Keine ambulanten Operationen nach OPS erbracht

B-[15].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

B-[15].11 Personelle Ausstattung**B-[15].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 ¹⁾	2,72	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	1,67	1,67	0,00	0,00 ²⁾	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

¹⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

²⁾ Die Versorgung ambulanter Patienten erfolgt aus dem Gesamtstellenpool.

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung**B-[15].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 ²⁾	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

¹⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

²⁾ Die ambulante Versorgung erfolgt aus dem Gesamtpersonalpool ohne separate Zuordnung

B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation****B-[15].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 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 101,9 obere Grenze: 101,9
2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	26	96,15
3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	21	95,24
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	10 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 100 obere Grenze: 100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	Anzahl Berichte mit Fallzahl- Datenschutz: 1	Gesamtbericht mit Datenschutz
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	Anzahl Berichte mit Fallzahl- Datenschutz: 1	Gesamtbericht mit Datenschutz
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)	263	85,93

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
12	Hüftendoprothesenve (HEP)	399	100,75
13	Hüftendoprothesenim (HEP_IMP)	380	100,26
14	Hüftendoprothesenwe und Komponentenwechse (HEP_WE)	21	104,76
15	Knieendoprothesenve (KEP)	431	100,46
16	Knieendoprothesenim (KEP_IMP)	407	100,25
17	Knieendoprothesenwe und Komponentenwechse (KEP_WE)	23 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 104,3 obere Grenze: 104,3
18	Neonatalogie (sog. Neonatalerhebung) (NEO)	Anzahl Berichte mit Fallzahl- Datenschutz: 1	Gesamtbericht mit Datenschutz
19	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	298	98,99

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2.A.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Kreisklinik Groß-Umstadt"

C-1.2 A.1.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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</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: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
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	R10 - 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 Folgeingriff innerhalb eines Jahres	
	Ergebnis-ID	2195
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	H20 - 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	
	Ergebnis-ID	51191
	Leistungsbereich	Herzschrïttmacher-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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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
Ergebnis-ID	52139	
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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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
Ergebnis-ID	52305	
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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≥ 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: 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	1,42 % - 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	H20 - 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

8

Systeme 1. Wahl

Ergebnis-ID	54141
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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
	Vertrauensbereich	96,67 % - 96,93 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	109
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	110
9	Systeme 2. Wahl	
	Ergebnis-ID	54142
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-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

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	Systeme 3. Wahl
----	-----------------

Ergebnis-ID	54143
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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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	101800
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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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)	
Ergebnis-ID	101801	
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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>	
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	A41 - 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	
Ergebnis-ID	101802	
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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

Ergebnis-ID	101803
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

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	R10 - 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
Ergebnis-ID	52307
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-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 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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
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	R10 - 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)
----	---

Ergebnis-ID	111801
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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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	
Ergebnis-ID	51404
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>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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	52315
	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
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	R10 - 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)	
	Ergebnis-ID	121800
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	H20 - 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 $\geq 90,00$ %

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

21

Leitlinienkonforme Indikation

Ergebnis-ID 50055

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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	68,53 % - 98,73 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	89,35 % - 90,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	13
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	📈 verbessert
22	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Ergebnis-ID	51186
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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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

H20 - 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	
	Ergebnis-ID	52131
	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	52316
	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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	90,82 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,14 % - 96,41 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	38
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	38
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
25	Sondendislokation oder -dysfunktion	
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 $\leq 3,00 \%$

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 **R10** - 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
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 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	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

27	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	Ergebnis-ID	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	
	Ergebnis-ID	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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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
Ergebnis-ID	52321
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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	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	R10 - 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	R10 - 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

	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 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 3,37 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,32 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,03
	Grundgesamtheit	4
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
32	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	
	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	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,37 % - 0,74 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Ergebnis-ID	151800
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: 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 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,90 %
	Vertrauensbereich	1,26 % - 1,8 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	
	Ergebnis-ID	612
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	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.

35 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	
Ergebnis-ID	10211
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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	↔ 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

Ergebnis-ID	12874
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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	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 unvollständiger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.

37	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Ergebnis-ID	51906
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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 3,13 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,19
Grundgesamtheit	143
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 unvollständiger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.

38	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	
Ergebnis-ID	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	
	Ergebnis-ID	60683
	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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</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	
	Ergebnis-ID	60684
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	12,39 % - 14,43 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Wegen unvollzähliger QS-Dokumentation ist keine Bewertung möglich.
41	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
	Ergebnis-ID	60685
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
	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: 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 7,27 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	1 % - 1,19 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	49
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.
42	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	
	Ergebnis-ID	60686
	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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 45,00 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	18,95 % - 20,25 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	14
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.
43	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	
	Ergebnis-ID	318
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	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: 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/</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,99 % - 97,4 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
44	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	
	Ergebnis-ID	321
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 % - 0,77 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	494
45	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	
	Ergebnis-ID	330
	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 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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,05 % - 97,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
46	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Ergebnis-ID	1058
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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
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	R10 - 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	
Ergebnis-ID	50045
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
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 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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	51397
	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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</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	
	Ergebnis-ID	51803
	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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	51831
	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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	52249
	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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		1,12 % - 1,42 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 1,24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,99 % - 1 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		177
Erwartete Ereignisse		139,35
Grundgesamtheit		506
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		A41 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		📉 verschlechtert
52	Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten	
Ergebnis-ID		181800
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
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	
	Ergebnis-ID	54030
	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	54033
	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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	A41 - 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	
	Ergebnis-ID	54042
	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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	D50 - 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	
	Ergebnis-ID	54046
	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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</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	
	Ergebnis-ID	54050
	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: 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	93,47 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,85 % - 97,15 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	55
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	55
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
58	Primäre Axilladissektion bei DCIS	
	Ergebnis-ID	2163
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	N01 - 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	N01 - 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	H20 - 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	51847
	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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der 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	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	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
63	HER2-Positivitätsrate	
	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: https://iqtig.org/qs-verfahren/

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	N02 - 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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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
Ergebnis-ID	52330
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 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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
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	N01 - 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	
Ergebnis-ID	211800	
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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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)	
Ergebnis-ID	52009	
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: 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
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0,51 % - 1,04 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	28
	Erwartete Ereignisse	39
	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	↻ unverändert
68	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	
	Ergebnis-ID	52010
	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

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

	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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 % - 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	
	Ergebnis-ID	521801
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	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

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	<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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
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	R10 - 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
----	---

Ergebnis-ID	54001
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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	54002
	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
	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	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
74	Präoperative Verweildauer	
	Ergebnis-ID	54003
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

75 Sturzprophylaxe

Ergebnis-ID	54004
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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	95,82 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,8 % - 96,96 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	88
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	88
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
76	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	
	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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	H20 - 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

77	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Ergebnis-ID	54013
	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
	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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	54015
	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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,59 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,4 % - 1,51 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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
80 Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
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: 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 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 17,60 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	5,99 % - 6,71 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4
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
81	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
	Ergebnis-ID	54018
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
	Ergebnis-ID	191914
	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: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,32 % - 1,98 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	4,89
	Grundgesamtheit	74
85	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Ergebnis-ID	50481
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	N01 - 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

Ergebnis-ID	54020
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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	54021
	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: 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/</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,39 % - 96,86 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
88	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Ergebnis-ID	54022
	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: 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/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	93,61 % - 94,41 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
89	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Ergebnis-ID	54028
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
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	
	Ergebnis-ID	54123
	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4,70 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,2 % - 1,31 %
	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
91	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	
	Ergebnis-ID	54124
	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 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:

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 **R10** - 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

	<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: 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/</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 13,45 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,92 % - 4,6 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
93	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Ergebnis-ID	54127
	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: 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/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	24
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
94	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	R10 - 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

	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 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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	0,87 % - 1,08 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
96	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	
	Ergebnis-ID	50052
	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

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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)	
	Ergebnis-ID	50053
	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 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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	0,9 % - 1,08 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
98	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	
	Ergebnis-ID	50060
	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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	N01 - 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)	
	Ergebnis-ID	50062
	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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	N01 - 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	
	Ergebnis-ID	50063
	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

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	N01 - 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

Ergebnis-ID	50069
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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	N01 - 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

Ergebnis-ID	50074
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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	N01 - 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)**

Ergebnis-ID	51070
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

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	N01 - 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)

Ergebnis-ID	51076
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-Umst

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,93 % - 3,61 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
105 Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	
Ergebnis-ID	51078
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: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,87 % - 3,75 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
106 Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	
Ergebnis-ID	51079
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

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

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)	
	Ergebnis-ID	51837
	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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,92 % - 1,11 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
109	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen	
	Ergebnis-ID	51838
	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
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,49 % - 1,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

110	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen	
Ergebnis-ID	51843	
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	

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,69 % - 0,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
111 Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	
Ergebnis-ID	51901
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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</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	N01 - 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	
	Ergebnis-ID	52262
	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
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 22,38 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	9,43 % - 10,38 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - 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	
	Ergebnis-ID	2005
	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: 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	98,71 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	294
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	294
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
114	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	
	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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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

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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
117 Frühmobilisation nach Aufnahme	
Ergebnis-ID	2013
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 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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	2028
	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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	
	Ergebnis-ID	2036
	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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	97,03 % - 99,91 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,51 % - 98,63 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	186
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	187
120	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	
	Ergebnis-ID	50722
	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

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	R10 - 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
Ergebnis-ID	50778
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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</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	R10 - 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)**

Ergebnis-ID	231900
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
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-1.2.A.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Kreisklinik Seeheim-Jugenheim 02"

C-1.2 A.2.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 Todesfällen	
	Ergebnis-ID	51191
	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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4,42 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 1,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	
	Ergebnis-ID	52139
	Leistungsbereich	Herzschríttmacher-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
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	88,63 % - 89,04 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	
	Ergebnis-ID	52305
	Leistungsbereich	Herzschríttmacher-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: 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/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,37 % - 95,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
4	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

	<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: 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/</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	1,56 % - 1,74 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
5	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	<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: 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/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,5 % - 98,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6	Systeme 1. Wahl
Ergebnis-ID	54141
Leistungsbereich	Herzschrittmacher-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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	96,67 % - 96,93 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
7	Systeme 2. Wahl	
	Ergebnis-ID	54142
	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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
8	Systeme 3. Wahl
Ergebnis-ID	54143
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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,59 % - 1,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	
	Ergebnis-ID	101800
	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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,43 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,86 % - 0,89 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
10	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
	Ergebnis-ID	101801
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
	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: 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/</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,60 %
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,12 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
11	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	
	Ergebnis-ID	101802
	Leistungsbereich	Herzschrittmacher-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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	56,14 % - 56,85 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
12	Leitlinienkonforme Indikation	
	Ergebnis-ID	101803
	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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,37 % - 93,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13	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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
14	Leitlinienkonforme Indikation
Ergebnis-ID	50055
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 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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	89,35 % - 90,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Ergebnis-ID	51186
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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 4,71 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,12 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16

Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

Ergebnis-ID	52131
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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	91,33 % - 91,94 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Ergebnis-ID	52316
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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,14 % - 96,41 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18

Sondendislokation oder -dysfunktion

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19

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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 2,76 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,89 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

Ergebnis-ID	131802
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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 2,50 %
Vertrauensbereich	0,77 % - 1,02 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21

Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

Ergebnis-ID	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-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/>

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	57,74 % - 59,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

22	Präoperative Verweildauer	
	Ergebnis-ID	54030
	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

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	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
23 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	
Ergebnis-ID	54033
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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
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

24 **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer Hüftgelenknahen Femurfraktur**

Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	Hüftgelenknahen 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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,97 %

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

25 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

Ergebnis-ID	54046
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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,93 % - 1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

26	Sturzprophylaxe	
	Ergebnis-ID	54050
	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,85 % - 97,15 %
	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
27	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	
	Ergebnis-ID	52009
	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:

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %

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 Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

28

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

Ergebnis-ID	52010
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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 0,24 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich Sentinel Event

Vertrauensbereich 0 % - 0,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 1611

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

29

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

	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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	0,3 % - 0,31 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
30	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	
	Ergebnis-ID	521801
	Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
	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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0,24 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	1611

31	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

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	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

32	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
----	---

Ergebnis-ID	54001
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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
--	--

Vertrauensbereich	95,87 % - 99,23 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,53 % - 97,67 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	274
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	279

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

33	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Ergebnis-ID	54002
	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	73,02 % - 98,95 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 86,00 %
	Vertrauensbereich	93,46 % - 94,13 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	16
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	17
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
34	Präoperative Verweildauer	
	Ergebnis-ID	54003
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	12,35 % - 12,89 %
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

35	Sturzprophylaxe	
	Ergebnis-ID	54004
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	97,45 % - 99,92 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,8 % - 96,96 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	217
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	218

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

36

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

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
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,98 %

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

37	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
Ergebnis-ID	54013	
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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 1,56 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	Sentinel Event	
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,06 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	243	
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	
38	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	
Ergebnis-ID	54015	
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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 2,07 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,11
Grundgesamtheit	10

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
--	---------------

39	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	<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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 1,36 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,59 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,4 % - 1,51 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	278
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
40	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	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:

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 % - 18,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 17,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,99 % - 6,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17
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

41	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Ergebnis-ID	54018
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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 % - 27,75 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 11,06 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,29 % - 4,63 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	10
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
42	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 % - 1,36 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 7,45 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 2,26 % - 2,4 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 279

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

43

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
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,07 %

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

44	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer Hüftgelenknahen Femurfraktur	
	Ergebnis-ID	191914
	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: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,36
	Grundgesamtheit	10
45	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Ergebnis-ID	50481
	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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 % - 13,32 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 11,00 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,05 % - 3,66 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	25
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
46	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	
	Ergebnis-ID	54020
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 94,85 % - 98,45 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 90,00$ %

Vertrauensbereich 97,87 % - 98,02 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 342

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 352

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

47

Indikation zur unikondylären Schlittenprothese

Ergebnis-ID 54021

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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	87,13 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,39 % - 96,86 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	26
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	26
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
48	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Ergebnis-ID	54022
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	86,68 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	93,61 % - 94,41 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25

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

49

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</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: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,85 % - 0,98 %
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

50		Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	
Ergebnis-ID	54123		
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		
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Ergebnis (Einheit)	—		
Vertrauensbereich	—		
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt	-1		
Referenzbereich	≤ 4,70 % (95. Perzentil)		
Vertrauensbereich	1,2 % - 1,31 %		
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		
51		Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	
Ergebnis-ID	54124		
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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	≤ 3,73 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,93 % - 1,02 %
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
52	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: 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 % - 13,32 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 13,45 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,92 % - 4,6 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	25
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	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
	Ergebnis-ID	54127
	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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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 % - 1,04 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	367
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

54	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
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 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	97,88 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 98,46 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	99,73 % - 99,78 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	140
	Erwartete Ereignisse	0
	Grundgesamtheit	140
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
55	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	
	Ergebnis-ID	2005
	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:

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	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56 Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	
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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	98,59 % - 98,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

57	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	

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,92 % - 97,62 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
58	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:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,17 % - 95,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59	Frühmobilisation nach Aufnahme	
	Ergebnis-ID	2013
	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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	94,11 % - 94,37 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	
	Ergebnis-ID	2028
	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:

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	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,94 % - 96,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61

Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Ergebnis-ID	2036
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
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der 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	98,51 % - 98,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

62	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	
Ergebnis-ID	50722	
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: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>	

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
63 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	
Ergebnis-ID	50778
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>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
64 Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	
Ergebnis-ID	231900
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
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,76 % - 13,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

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:	https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/

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:	https://weisse-liste.krankenhaus.aok.de/

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:	387
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:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	387
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	302
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
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

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziiertes autologes Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk

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):	90
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	68
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	61

* 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).

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	JU EG ZAPI
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 1
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	JU EG ZAPI
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 1
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	1. OG, 2. OG
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	66,67
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:	1. OG, 2. OG
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	91,67
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:	Intensivmedizin
Station:	JU EG ZAPI
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	77,53

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 1
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	88,77

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	JU EG ZAPI
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	78,08

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:	Unfallchirurgie
Station:	1. OG., 2. OG.
Schicht:	Tagschicht

Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	51,51
Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Station 5
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	79,45
Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	1. OG., 2. OG.
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	79,73
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 maximale 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